4

REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine.

A. PONCET
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon,
Correspondant de l'Académie de médecine.

P. BERGER
Professeur de médecine opératoire
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de médecine.

E. QUÉNU
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : **M. F. Terrier.**

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE. — N° 1. — 10 JANVIER 1904

EXTRAIT

LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC
PAR LA GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE AU BOUTON DE JABOULAY-LUMIÈRE

Par G. GAYET

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie.
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
PARIS, 6e

1904

Travail de la clinique de M. le Professeur Jaboulay.

LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC

PAR LA

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE AU BOUTON DE JABOULAY-LUMIÈRE

(D'APRÈS 100 OBSERVATIONS)

Par G. GAYET,

Chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

I

Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac semble aujourd'hui pouvoir se résumer ainsi : la résection de la partie cancéreuse de l'organe, quand elle est possible; sinon, la gastro-entérostomie. Opération radicale, curative, d'une part, opération palliative, de soulagement, d'autre part, telles sont les deux solutions qui s'offrent au choix du chirurgien lorsque, la laparotomie faite, et les lésions sous les yeux, il lui faut prendre une décision définitive. Pour tout le monde, les cas simples précocement traités sont du domaine de la pylorectomie; dans des conditions inverses, on a recours à l'opération palliative; les seules divergences qui persistent ont pour sujet les limites de l'opérabilité pour l'extirpation; les uns, abandonnant toute idée de cure radicale dès qu'ils constatent de la généralisation aux ganglions du péritoine, aux organes du voisinage; d'autres allant beaucoup plus loin, et n'hésitant pas à réséquer une languette de foie, à poursuivre les adénopathies jusqu'au cardia, à rechercher presque toujours la cure dite radicale.

Nous ne venons pas prendre parti dans ce débat, ni chercher à préciser les indications qui feront pencher l'opérateur vers le parti de l'audace ou celui de la prudence. Nous voudrions simplement attirer l'attention sur un point de technique de l'anastomose gastro-

intestinale, et montrer les résultats qu'on peut obtenir de l'emploi d'un appareil d'approximation, qui ne nous paraît pas occuper encore la place qu'il mérite dans l'estime des chirurgiens. Cet appareil, c'est le bouton anastomotique imaginé par M. le professeur Jaboulay, réalisé par MM. Lumière, de Lyon.

Pour beaucoup d'auteurs, il y a une sorte de défaveur pour les appareils d'approximation en chirurgie abdominale. Il semble qu'il y ait quelque chose d'humiliant à recourir à eux, et que ce soit là un procédé à l'usage de débutants, procédé que peuvent mépriser ceux à qui l'expérience a donné confiance dans leur adresse manuelle et dans la perfection de leur suture. On reproche aux boutons de ne pas donner des garanties absolues de solidité et d'exposer à des accidents immérités; de ne pas permettre de proportionner les dimensions de la bouche créée aux nécessités du cas particulier; de ne pas donner des orifices définitifs et à l'abri de toute rétraction; d'abandonner un corps étranger dans les viscères, etc.

Parmi ces objections, il en est de sérieuses, de fondées, nous ne le nions pas. Mais la perfection est une chose rare, et bien peu d'opérations subsisteraient, si on l'exigeait d'elles. L'important, c'est de choisir entre les inconvénients des diverses méthodes ceux qui sont les moins graves pour tel ou tel cas donné.

En d'autres termes, on peut négliger des dangers lointains, et du reste aléatoires, lorsqu'il s'agit d'opérés qui ont peu de temps à vivre et chez qui il faut aller au plus pressé. Il y a des cas où, comme le disait Roux au *Congrès de Chirurgie* de 1900, les minutes doivent compter, où il faut à tout prix gagner du temps. Pour ceux-là, l'opérateur le plus habile à la couture, le plus confiant dans son aiguille doit savoir renoncer à la suture si on lui offre dans le bouton un appareil qui lui fait gagner 50 pour 100 sur le temps nécessaire à l'intervention, tout en lui donnant des garanties de succès éloigné suffisantes.

Le bouton de Murphy a bénéficié de ces observations. Beaucoup, parmi les *suturistes* les plus déterminés, l'ont adopté, ou du moins essayé. Mikulicz, Czerny, Roux ont pensé diminuer ainsi la mortalité par shock chez les cancéreux. Mais la suture a gardé des adeptes plus nombreux encore. En France, Terrier[1], Hartmann, Témoin, Monprofit, et bien d'autres; à l'étranger, Mayo Robson, et Roux lui-même, après expérience des deux méthodes, se déclarent satisfaits de la suture et repoussent le bouton. Or, cela se comprend facilement, si l'on a en vue seulement le bouton de Murphy ou de

1. M. Terrier a le premier en France utilisé le bouton de Murphy en 1894.

Villard. Le temps nécessaire pour l'appliquer est encore trop long pour que cette considération de rapidité soit capable de modifier l'opinion de ses adversaires.

Si l'on tient compte, en effet, des incidents qui peuvent se produire, des difficultés que peut offrir pour le rapprochement des branches de l'appareil le plus ou moins d'épaisseur ou de solidité des parois viscérales, des fils d'appui qu'il est nécessaire d'ajouter, on arrive à trouver que le gain est bien faible et n'a pas de quoi tenter un suturiste exercé.

Il n'en est pas de même si l'on utilise le bouton de M. Jaboulay ; la rapidité de sa mise en place, la simplicité des manœuvres opératoires nous ont souvent frappé quand nous assistions aux opérations de notre maître.

Nous avons eu l'occasion de vérifier ces impressions par nous-même. La bienveillance de M. le professeur Jaboulay nous a permis de pratiquer sept fois dans son service l'anastomose gastro-intestinale pour cancer de l'estomac, et chaque fois nous avons employé son appareil. Les résultats nous en ont paru tellement satisfaisants que nous avons voulu les faire connaître, persuadé que ce serait rendre service aux chirurgiens et aux malades en reculant les limites de l'opérabilité, en permettant d'offrir les bénéfices du traitement palliatif à des cancéreux parvenus à la dernière période, celle de la cachexie et des tortures de la faim.

Notre travail n'aurait qu'une bien faible valeur s'il s'appuyait seulement sur nos sept observations personnelles. On pourrait nous objecter le hasard heureux des séries; et, du reste, nos résultats sont encore peu éloignés.

Mais, grâce à l'obligeance de notre maître qui nous a permis de compulser sa riche collection d'observations[1], nous appuierons notre discussion sur un chiffre de cent malades opérés, *dont nous avons pu retrouver l'observation suffisamment détaillée.* Ces 100 cas nous fourniront, pensons-nous, des éléments d'appréciation suffisants pour établir la valeur de l'opération, en poser les indications et en faire connaître les résultats. Mais ils ne comprennent pas toutes les interventions, plusieurs d'entre elles se rapportant à des malades que nous n'avons pu dépister et dont les observations n'avaient pas été prises.

1. Notre ami le professeur agrégé Bérard a bien voulu nous fournir cinq observations personnelles. Nous l'en remercions bien vivement ici.

II

C'est une chirurgie peu consolante que la chirurgie des cancéreux; la catégorie de malades auxquels s'adresse l'anastomose gastro-intestinale est tout particulièrement attristante. Cela tient à de multiples causes.

En premier lieu, le diagnostic du cancer de l'estomac est souvent posé très tardivement. Tantôt le malade est soigné longtemps pour gastrique chronique, pour ulcère, pour dilatation simple de l'estomac; trop souvent le médecin traitant a besoin de l'apparition d'une tumeur perceptible à la palpation ou de quelque autre signe évident de carcinose, adénopathies à distance, teint jaune paille, pour que la lumière se fasse dans son esprit; il pense seulement alors au cancer, et c'est déjà trop tard pour qu'on puisse espérer un secours radical de la chirurgie. Tantôt l'attention n'est même pas attirée du côté de l'estomac. Un individu maigrit, ses forces se perdent, ses téguments pâlissent; il y a de l'essoufflement au moindre effort, des palpitations, des vertiges; à ce déclin visible et inquiétant, aucune cause apparente. Le temps se perd à essayer du fer, des reconstituants; pendant ce temps, le cancer évolue et se manifeste enfin, trop tard encore pour un traitement actif. Nous avons rencontré plusieurs cas de ce genre[1], et les cliniciens avisés savent s'en méfier.

Mais, le diagnostic posé, il est rare que le traitement convenable, nous entendons le traitement chirurgical, soit de suite conseillé ou du moins accepté. Les médecins ne se rallient que lentement à cette notion d'une opération indispensable dès le début de l'évolution du néoplasme; et lorsqu'ils la proposent, le malade, qui se croit peu atteint, qui ne souffre pas encore, fuit le conseiller trop avisé et s'en va consulter de tous côtés jusqu'à ce qu'il ait trouvé le médecin (trop facile à rencontrer d'ailleurs) qui lui promettra la guérison par le simple régime et par les médicaments. Il sera amélioré, en effet, et ce lui sera un nouveau motif de repousser l'intervention, jusqu'au jour où se sentant vaincu par le mal, il viendra la réclamer, trop tard encore.

Les autres causes qui font du cancer gastrique une maladie rapidement cachectisante tiennent à son siège sur un viscère essentiellement destiné à la nutrition. D'une part, la sténose pylorique qui en est la conséquence fréquente s'oppose au passage des aliments dans l'intestin, provoque le vomissement, le dégoût de la nourriture;

1. Voir aussi : Blanc, *Forme anémique du cancer de l'estomac*, Thèse de Paris, 1901.

d'autre part, et ceci s'applique à tous les néoplasmes gastriques, quel que soit leur siège, ces néoplasmes déversent des produits toxiques au contact de la muqueuse qui les résorbe incessamment. Il faut avoir vu l'aspect des vomissements de ces malades, avoir senti l'odeur des fermentations putrides de ce contenu stomacal, pour se rendre un compte exact de la gravité de ce facteur d'intoxication. Ajoutons enfin à tout cela les hémorragies, petites ou grandes, mais fréquentes presque toujours, qui se produisent au niveau de l'épithélium ulcéré, et nous aurons indiqué, croyons-nous, suffisamment les multiples causes qui expliquent la rapide dénutrition et l'état d'anémie grave qui caractérisent nos malades au moment où ils se présentent au chirurgien.

Ces notions étaient utiles à rappeler ici. Elles expliquent pourquoi tant de cancers de l'estomac échappent actuellement et échapperont sans doute toujours à l'intervention radicale, la pylorectomie. Celle-ci est, sans doute, l'idéal, et peut-être sa technique se perfectionnant, verrons-nous sa mortalité diminuer et ses indications s'étendre à des cas que nos prédécesseurs jugeaient au-dessus de ses ressources. Mais, trop souvent encore, le chirurgien reculera — soit d'emblée, en présence d'un malade par trop cachectique, soit, la laparotomie faite, en face de lésions plus étendues qu'on ne les soupçonnait, adhérences multiples, adénopathies, généralisations péritonéales — devant les manœuvres complexes et périlleuses d'une résection gastrique.

Mais si l'on renonce aux avantages d'une opération radicale, en raison de ses dangers, pour se résigner à une opération purement palliative, du moins faut-il que celle-ci présente un véritable caractère d'innocuité. Sinon, on pourrait poser en question sa légitimité et se demander si la meilleure conduite ne serait pas l'abstention pure et simple. Or, la gastro-entérostomie, dans les cas de cancer, est loin d'être innocente; je sais bien que sa mortalité diminue, que dans des articles récents, le prof. Terrier a rapporté sept observations consécutives sans un seul insuccès. Mais la plupart des opérateurs n'ont pas été aussi heureux, et cela n'a rien d'étonnant, étant donné la faible résistance qu'offrent les malades au shock opératoire et aux moindres complications.

Pour notre part, il nous est arrivé de voir des sujets, après cinq minutes d'opération et une absorption d'éther extrêmement minime, pâlir tout à coup et présenter les signes d'une lipothymie des plus inquiétantes. Dans une de nos observations, le malade eut une syncope pendant qu'on terminait la suture de la paroi, et l'on eut beaucoup de peine pour le ramener à lui; le même incident s'est pro-

duit chez plusieurs opérés de M. Jaboulay. Ces malades n'eussent pas supporté quelques instants de plus de traumatisme opératoire. On peut bien dire ici que le succès est une question de minutes.

C'est pour l'avoir compris que les chirurgiens ont cherché de tous côtés des procédés pour diminuer la durée de leur intervention; c'est pour cela que beaucoup d'entre eux ont adopté le bouton de Murphy pour ces gastro-entérostomies, alors qu'ils le repoussent lorsque le cancer n'est pas en cause.

Or, Murphy déclare que son bouton peut être placé en neuf minutes. Ce temps paraît bien court, et je ne crois pas qu'une pareille prouesse soit possible, du moins si l'on compte comme durée véritable de l'opération depuis le moment où le bistouri entame la ligne d'incision jusqu'à celui où l'on place le dernier point de la suture cutanée. Les différentes phases de l'acte opératoire : incision, examen des lésions, recherche de l'estomac à travers le mésocôlon, anastomose, nettoyage et suture, demandent évidemment un plus grand nomdre d'instants.

Nous estimons qu'en pratique, la gastro-entérostomie au bouton de Murphy, faite par des mains exercées, dans des conditions ordinaires de facilité, demande en moyenne vingt-cinq minutes au moins. Il n'est donc pas étonnant que les opérateurs rompus à la pratique de la suture ne voient guère d'avantages à renoncer à leur procédé ordinaire d'approximation, qui, d'autre part, ne présente pas certains inconvénients inhérents à tous les boutons.

Quelques auteurs ont cherché à pratiquer l'anastomose aussi rapidement et plus que par le bouton de Murphy, en employant d'autres procédés. Il est inutile de rappeler ici les plaques de Senn, le bouton de Chaput et autres méthodes bien connues. Ces dernières années ont vu éclore quelques inventions nouvelles.

C'est par exemple Podrèze, qui réunit l'estomac à l'intestin par deux grands points de suture disposés en croix et traversant toute l'épaisseur des parois. Théoriquement, les points doivent couper les tuniques et ouvrir ainsi la communication après que les adhérences aient fait leur œuvre. Au *XXVIIIe Congrès allemand de Chirurgie*, Modlinsky recommandait encore ce procédé en conseillant l'emploi de fils de caoutchouc. Mais les faits ne sont pas encourageants. La même année (1899), Trzebicky [1] rapporte une opération de ce genre pour cancer inopérable du pylore. Il n'y eut aucune amélioration ; la mort survint quinze jours plus tard, et à l'autopsie, on s'aperçut que seule la muqueuse avait été coupée.

1. Trzebicky, *Centralbl. f. Chir.*, 30 sept. 1899.

Dans un mémoire s'occupant de ce procédé, Sokoloff[1] avait déjà montré que la formation de l'anastomose n'était pas aussi certaine que le croyait le professeur de Kharkow. Les expériences sur les chiens de Warmeck et Kisseler aboutissaient à cette conclusion. Sokoloff a opéré quatre malades, en pratiquant trois fois la suture en croix, une fois la suture en carré, suivant une modification indiquée par Podrèze lui-même. Sur les trois premiers, une seule fois l'anastomose fut réalisée. Le malade étant mort de broncho-pneumonie au 12e jour, l'autopsie montra un orifice d'un centimètre.

Chez le deuxième, mort quatre jours après, et chez le troisième, mort au bout d'un mois et demi, l'anastomose n'existait pas. Pour le quatrième, les suites opératoires firent supposer que la communication était établie.

L'auteur du mémoire conclut que la méthode ne serait pas justifiée par les faits, et c'est aussi notre opinion.

En 1900, Crédé[2] a exposé un procédé conciliant une rapidité suffisante à un résultat fonctionnel parfait. Voici en quoi se résument les temps opératoires :

1° Diviser le mésocôlon;

2° Amener à la paroi l'anse jéjunale qu'on ouvre sur une longueur de 1 centimètre;

3° Par cette incision, introduire deux plaques en argent perforées aux deux bouts et séparées par un petit tube en caoutchouc. Ces deux plaques sont réunies par un fil de soie très fort passant par les trous de chaque extrémité des plaques. L'incision intestinale est fermée par trois à cinq points séreux, en laissant passer les deux chefs du fil de soie;

4° On traverse d'arrière en avant la paroi stomacale avec deux aiguilles chacune armée de l'un des chefs du fil de soie;

5° On introduit une plaque en argent analogue aux précédentes dans l'estomac et on serre sur elle les deux bouts du fil de manière à adosser fortement l'estomac et l'intestin. On referme la paroi stomacale.

L'anastomose gastro-intestinale et l'élimination des plaques se feraient en cinq à huit jours. Cette opération est dite rapide par son auteur. Elle dure cependant de trente à soixante minutes!

Une autre méthode nouvelle de gastro-entérostomie est celle de Kraft[3].

Le côlon étant relevé et le jéjunum trouvé, on passe sur cette

1. Sokoloff, *Centralbl. f. Chir.*, 20 mai 1899.
2. Crédé, *XXIXe. Congr. allemand de Chir.*, 1900.
3. Kraft, *Hospitalstidende*, 29 mai 1901.

anse un fil de 20 centimètres qu'on noue à une sonde aiguillée de Chassaignac. On perfore le mésocôlon; l'aide introduit son index gauche et refoule d'arrière en avant l'estomac de telle façon que l'index coiffé des deux parois vienne faire hernie entre les lèvres de la paroi abdominale. L'opérateur ouvre la paroi antérieure, puis la paroi postérieure, applique trois pinces en couronne sur les lèvres de l'incision postérieure et, tirant sur ces pinces, amène ces lèvres au-dessus de l'incision antérieure. L'aide vient alors faire glisser la sonde aiguillée sur son index et la faire saillir au milieu de l'incision stomacale. L'opérateur l'attire et amène ainsi le jéjunum invaginé dans l'estomac. On le suture dans cette position par quatre points. On ouvre l'intestin, on introduit un bouton d'os décalcifié et on lie un fil autour de celui-ci. On refoule la paroi postérieure de l'estomac et on ferme la paroi antérieure.

D'après l'auteur, dix ou douze minutes suffiraient pour toutes ces manœuvres qui nous paraissent cependant bien compliquées.

Tout récemment, Gallet (de Bruxelles) [1] a pratiqué une opération qui combine les avantages du procédé en Y de Roux à ceux du bouton. Dans ce but, l'opération ayant été menée comme à l'ordinaire jusqu'au temps de l'incision intestinale, Gallet introduit par cette incision une pince emporte-pièce dont chaque extrémité est armée d'une des deux pièces du petit bouton de Murphy. Un des mors pénètre dans une des branches de l'anse intestinale, l'autre mors dans l'autre branche; on pousse la pince à une profondeur de 6 à 7 centimètres et on la serre. Un mouvement de déclic permet de libérer le bouton qui se trouve ainsi placé et solidement serré. La gastro-entérostomie est terminée comme d'habitude.

Enfin, sur la portion supérieure de l'anse jéjunale, celle comprise entre l'estomac et la nouvelle ampoule de Vater qu'on vient de créer avec le bouton, on jette une pince à écrasement, on sectionne et on invagine par un plan sous-séreux.

Gallet met quarante minutes à faire son opération.

En 1902, Chaput [2] a défendu, devant la *Société de Chirurgie de Paris*, un procédé d'anastomose au moyen des agrafes métalliques de Michel. Il admet que l'on peut ainsi abréger considérablement les sutures intestinales. Nous voyons cependant qu'une gastro-entérostomie faite par ce procédé a duré trente-cinq minutes. D'autre part, dans un autre cas de gastro-entérostomie, la mort est survenue

1. Gallet, *Soc. roy. des Sc. méd. de Bruxelles*, 1902; analyse dans *La Presse médicale*, 1903, p. 155.
2. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, juillet 1902.

le 5e jour et, à l'autopsie, on a trouvé de la péritonite et de l'insuffisance des sutures.

Ces premiers cas ne paraissent pas très encourageants.

Tous ces procédés nous semblent destinés à un avenir médiocre; il leur manque une chose essentielle, la simplicité des manœuvres et de l'outillage. Nous avons tenu à les citer cependant pour montrer que beaucoup d'auteurs sentent la nécessité de perfectionner la gastro-entérostomie et considèrent surtout la rapidité de l'intervention comme un facteur capital de succès, du moins en ce qui concerne l'opération palliative chez les cancéreux.

C'est dans le même esprit que M. le professeur Jaboulay a conçu son appareil, que nous allons maintenant étudier.

III

Un inconvénient du bouton de Murphy, c'est de ne pas supprimer complètement la suture; il faut toujours passer un surjet autour de l'ouverture pour fixer l'intestin ou l'estomac sur les branches de l'appareil, et cela allonge notablement l'opération; en outre, le passage du fil est une occasion d'infection par le contact avec le contenu intestinal, et lorsqu'on veut rapprocher, il y a parfois des ennuis causés par ce fil et par le nœud qui le fixe.

Déjà, en 1869, Bonnier avait imaginé un bouton ne nécessitant pas de sutures; chaque branche portait un anneau de liège d'où émergeaient des pointes métalliques destinées à embrocher les lèvres de l'orifice fait aux viscères, puis à s'enfoncer dans l'anneau de liège opposé, fixant ainsi solidement ces lèvres.

En 1894, M. Destot (de Lyon)[1] imaginait un appareil semblable, tenant à la fois de celui de Murphy et de celui de Bonnier.

L'idée qui a guidé M. Jaboulay est toute différente. Il s'agit de faire pénétrer le bouton dans la paroi viscérale et de l'y fixer, comme pénètrent et se fixent dans la boutonnière par rotation les boutons de manchettes d'un certain type.

Voici la description du bouton anastomotique de M. Jaboulay telle qu'elle est donnée dans la thèse de son élève Fouilhoux[2].

L'appareil comporte deux pièces : mâle et femelle.

Pièce mâle. — Elle est formée de deux cylindres concentriques;

1. Destot, *Archives prov. de Chir.*, 1894.

2. Le bouton a été décrit et étudié d'abord par M. Jaboulay dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (octobre 1900); puis par son élève Fouilhoux (thèse de Lyon, mai 1901); et par son élève Perrin (*La Cholécysto-gastrostomie*, thèse de Lyon, janvier 1902).

le cylindre externe a 22 millimètres de diamètre et une hauteur de 8 millimètres. Le cylindre interne a un diamètre de 12 millimètres et une hauteur de 15 millimètres. Ces deux cylindres sont unis par la base; le cylindre interne dépasse donc en hauteur le cylindre externe de 7 millimètres.

Ce cylindre externe est perforé de quatre ouvertures ovalaires; il présente aussi une fente sur laquelle nous allons revenir.

Le cylindre interne, outre qu'il présente la particularité de cette

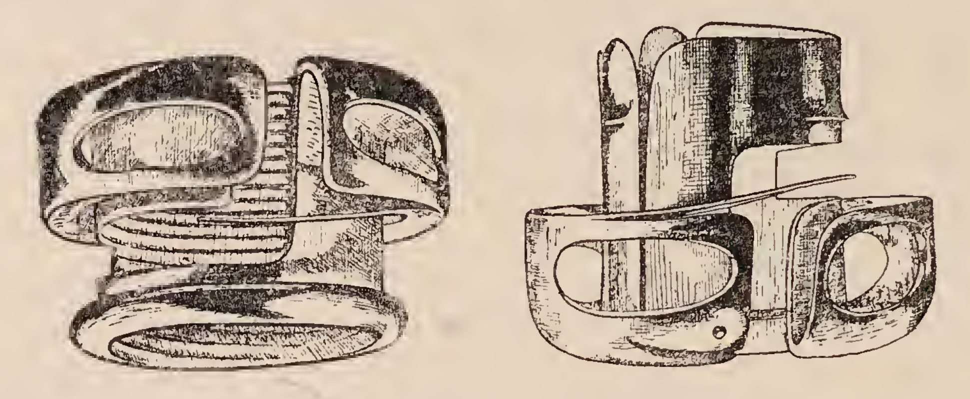


Fig. 1. — *Bouton anastomotique de M. Jaboulay.* — Supprimant toute suture par suite de sa fente latérale qui permet un engagement partiel et progressif à travers un étroit orifice.

dernière fente spéciale, a les trois quarts de la surface divisés en trois languettes formant ressort et ayant à leur extrémité des griffes destinées à entrer et à maintenir la pièce mâle dans la pièce femelle.

Entre deux des ouvertures ovalaires, le cylindre externe est divisé dans toute sa hauteur par une fente de 4 millimètres de largeur, dont la direction est légèrement oblique sur l'axe du cylindre.

Le cylindre interne est également divisé de bas en haut par une fente de 4 millimètres de largeur sur 11 de hauteur. A cette hauteur du cylindre central, cette fente, qui était presque verticale, devient horizontale tout en conservant la même longueur, et occupe un tiers de la circonférence du cylindre interne.

Les deux parties verticales de ces deux fentes sont continues à la partie inférieure du bouton.

Un peu au-dessus de la partie horizontale de la fente du cylindre interne existe une griffe correspondant aux griffes des languettes, et qui, comme ces dernières, sera destinée à entrer et à maintenir la pièce mâle dans la pièce femelle.

Enfin, une lame se détache du rebord supérieur du cylindre externe, lame élastique qui passe au-dessus de l'encoche et qui, une fois appliquée exactement sur la fente, sera destinée à faire du rebord supérieur interrompu du cylindre externe une ligne continue.

Pièce femelle. — Elle est identique à la précédente, sauf que :

1° Le cylindre interne n'a que 13 millimètres de hauteur au lieu de 15;

2° Elle ne comporte pas de languette comme la partie mâle et présente un bourrelet à la partie supérieure;

3° La surface interne du cylindre central contient un pas de vis dans lequel pourront s'engrener les griffes de la pièce mâle.

L'examen des figures et mieux encore d'un bouton lui-même ferait comprendre le but et le mécanisme de l'appareil beaucoup mieux que notre description.

Voyons maintenant comment on applique cet instrument.

Les viscères à anastomoser sont recherchés et mis en présence; la coprostase est faite simplement par les doigts d'un aide qui doivent laisser libre un segment suffisant d'estomac et d'intestin pour permettre l'application du bouton. L'opérateur saisit lui-même ce segment entre le pouce et l'index gauches et l'attire; ces deux doigts immobilisent la paroi sur laquelle on va créer l'orifice, et contribuent à empêcher les matières ou les liquides gastro-intestinaux de se présenter à cet orifice. Sur le bourrelet qui fait saillie entre ses doigts, d'un coup de bistouri, l'opérateur crée une boutonnière. Pour l'intestin, c'est très facile; pour l'estomac, la ponction de la muqueuse présente certaines difficultés, cette tunique fuyant devant le bistouri; il faut enfoncer la pointe bien verticalement, et ponctionner le tranchant en l'air; la muqueuse est ainsi chargée sur le tranchant qui la coupe en revenant de dedans en dehors.

Il faut toujours s'assurer soigneusement que toutes les tuniques sont traversées; sinon on s'exposerait à faire pénétrer le bouton entre la muqueuse et la musculeuse par une sorte de décollement; la muqueuse restant intacte, l'anastomose ne serait pas établie.

On reconnaît que la paroi est tout entière traversée en voyant le bourrelet de muqueuse faire saillie aux lèvres de l'orifice; il est bon de saisir cette saillie entre les mors d'une pince pour la fixer et l'empêcher de fuir devant le bouton. Quelques vaisseaux sous-muqueux donnent à ce moment du sang; il ne faut pas s'en préoccuper, ni perdre du temps à faire une hémostase. Il va sans dire qu'on évitera dans la ponction les gros vaisseaux visibles à travers la séreuse.

L'orifice créé ne doit pas être trop petit, ni trop grand; il doit être proportionné au volume de la saillie mousse que présentent les lèvres de la fente verticale pratiquée sur le cylindre externe. C'est dire qu'une incision de 1 centimètre environ est ce qui convient.

Si l'orifice était trop petit, il éclaterait au moment où se fait l'introduction de cette saillie, et des déchirures se produiraient; s'il était trop grand, le bouton jouerait dans l'orifice et ne serait pas main-

tenu. Dans l'un et l'autre cas, il faudrait placer une suture, ce qu'il faut éviter autant que possible.

L'incision étant pratiquée, on saisit la branche que l'on veut placer et qui est toute montée sur une pince; on présente à l'orifice la saillie dont nous avons parlé et on l'y engage progressivement. Bientôt on sent une résistance : c'est la lèvre du viscère qui a atteint

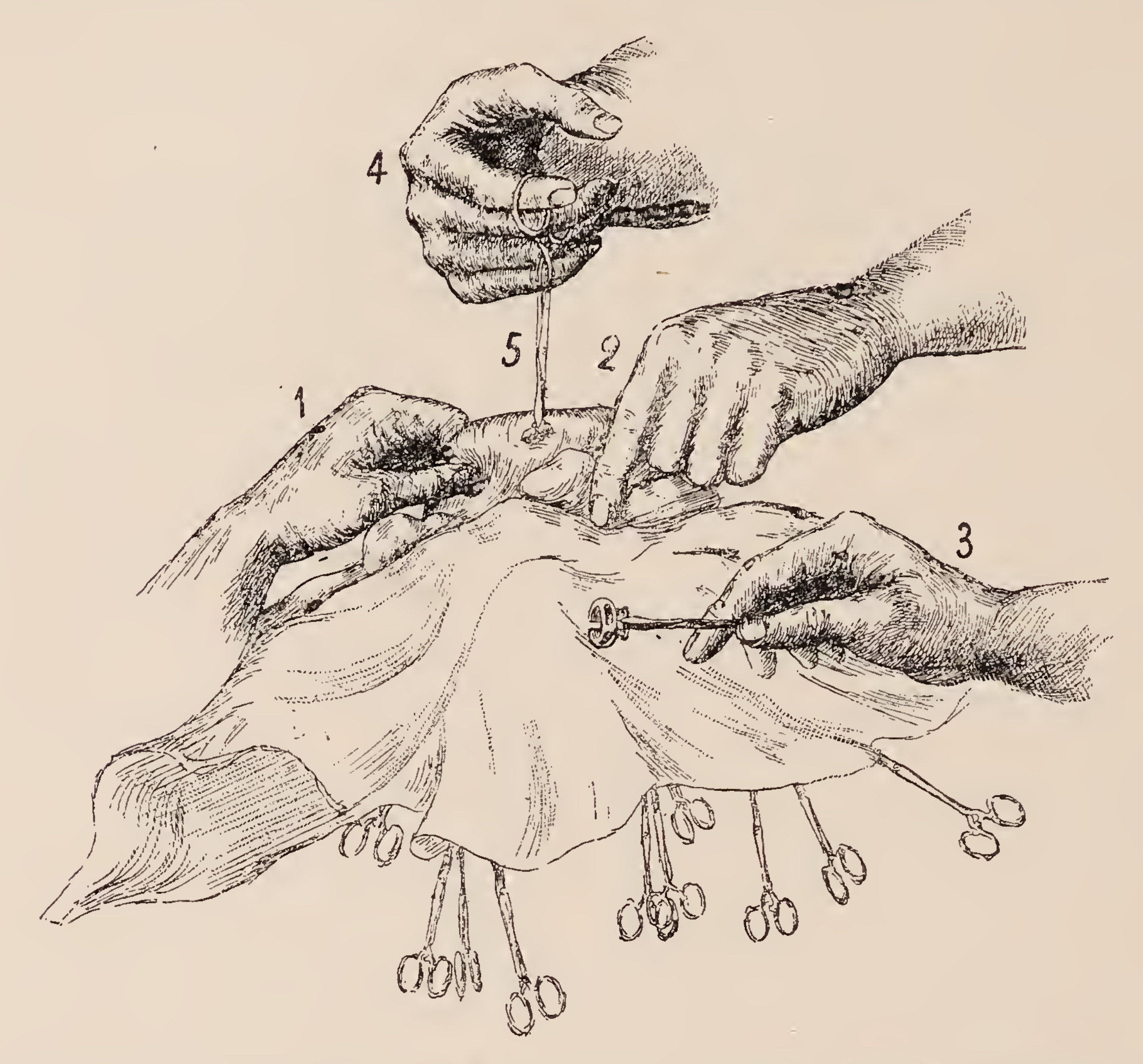


Fig. 2. — *Anastomose au bouton de M. Jaboulay.* — PREMIER TEMPS, préparatoire à l'introduction de la pièce femelle du bouton dans l'estomac.

La main gauche (1) de l'opérateur comprime l'estomac pour en arrêter la circulation et tend le pli formé. La main gauche (2) de l'aide remplit le même office du côté opposé, tandis que sa main droite (4), au moyen d'une pince (5), attire au dehors la muqueuse gastrique (qui a fait hernie à travers la boutonnière créée), afin que le bouton ne s'engage pas entre elle et les autres plans viscéraux.

La main droite (3) de l'opérateur se prépare à présenter le bouton à l'orifice.

la partie extrême de la fente horizontale. On redresse alors le bouton au moyen de la pince qui le porte; en d'autres termes, cette pince était tenue d'abord couchée parallèlement à la surface du viscère; elle est maintenant relevée perpendiculairement à cette surface; en même temps, on continue le mouvement de rotation qui fait entrer de plus en plus le bouton. Quand la pince a exécuté un tour complet de rotation sur son axe, le bouton est en place; le cylindre interne seul émerge encore entre les lèvres de l'incision; celles-ci sont revenues sur elles-mêmes et enserrent ce cylindre, de sorte que le

demi-bouton est absolument fixé sans qu'aucune suture eût été nécessaire.

La seconde branche est placée exactement de la même manière. On retire le petit tampon de coton placé dans le cylindre interne;

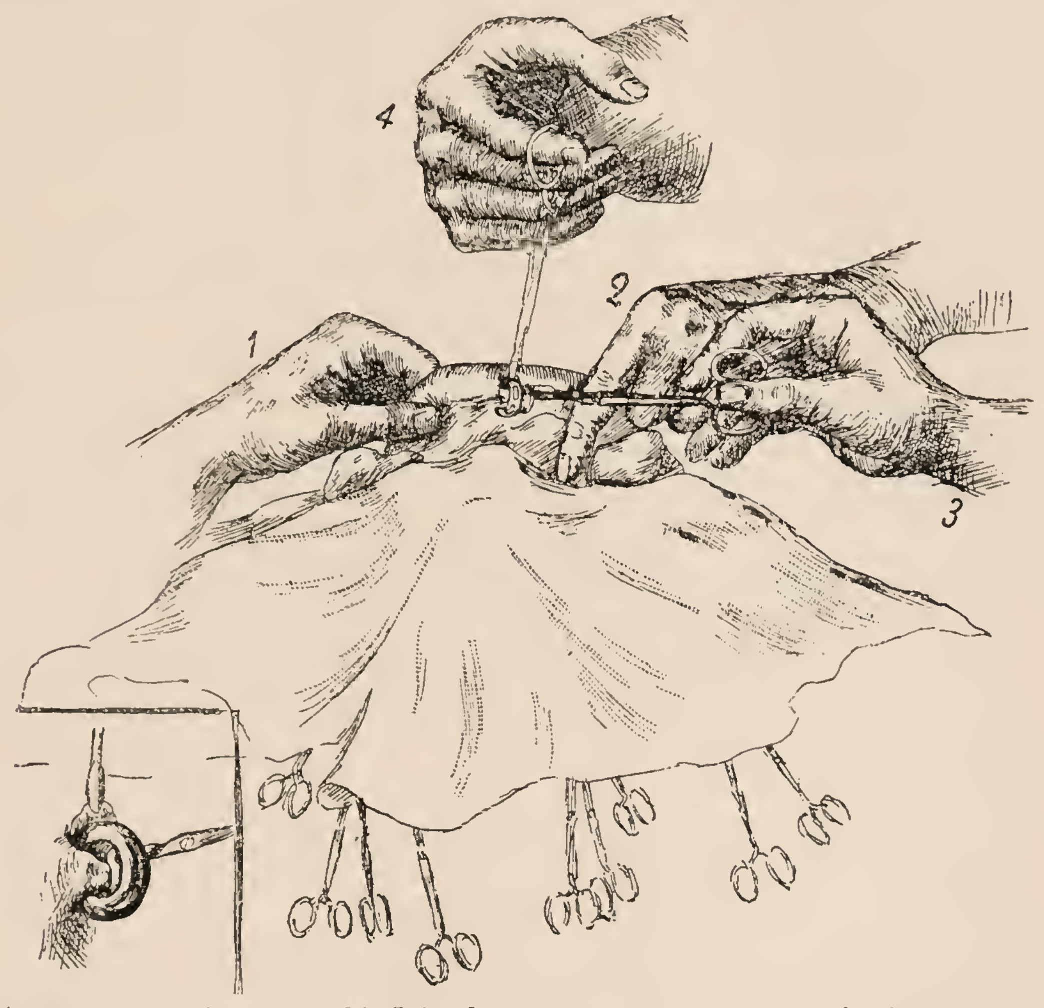


Fig. 3. — *Anastomose au bouton de M. Jaboulay.* — Deuxième temps : L'opérateur a placé l'échancrure latérale du bouton à la lèvre inférieure de la boutonnière et commencé à engager l'appareil par un mouvement de supination de l'avant-bras. L'aide (4) va retirer sa pince devenue inutile.

(1) Main gauche de l'opérateur; (2) main gauche de l'aide; (3) main droite de l'opérateur; (4) main droite de l'aide.

on rapproche les deux branches et on serre comme pour le bouton de Murphy. L'anastomose est créée.

Tout ceci est fait en bien moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire; pour la mise en place de l'appareil lui-même, il faut *moins de deux minutes* dans les cas simples.

Cependant il arrive qu'on rencontre certaines difficultés. Les unes tiennent à l'opérateur et sont évitables; les autres tiennent à la constitution anatomique des viscères sur lesquels on opère.

Les difficultés tenant à l'opérateur proviennent de fautes commises. Nous avons vu que l'erreur dans la longueur de l'incision en trop ou en trop peu aboutit au même résultat, un orifice trop étroit se déchirant et devenant alors trop grand. On est alors obligé de diminuer cet orifice par un petit surjet; mais alors il se forme des plis, le bouton a de la peine à se fermer. On est amené à faire une

suture circulaire de sûreté; bref, on perd tout l'avantage de la méthode. Remarquons que c'est, du reste, le seul inconvénient; on met le double du temps nécessaire à faire l'opération; c'est encore moins de temps qu'il n'en faudrait pour appliquer le Murphy lui-même.

Parfois encore, si l'on ne sait pas s'arrêter et changer la direction de la rotation au bon moment, si l'on veut forcer, quand la



Fig. 4. — *Anastomose au bouton de M. Jaboulay.* — Troisième temps : L'aide a retiré sa pince qui fixait la muqueuse gastrique. L'opérateur, en continuant son mouvement de supination, a relevé lentement sa main, si bien qu'il finit l'engagement du bouton de telle façon que la pince qui le porte est devenue perpendiculaire à sa première direction. L'engagement se termine dans cette position.

(1) Main gauche de l'opérateur; (2) main gauche de l'aide; (3) main droite de l'opérateur.

résistance se fait sentir après le premier quart de tour, on peut produire des déchirures qu'il faut ensuite réparer. Il y a une sorte de tour de main, peu difficile à acquérir d'ailleurs, mais dont dépendent l'élégance et la sûreté du procédé. On peut étudier ce mouvement en faisant pénétrer le bouton dans une boutonnière pratiquée non pas dans un linge quelconque, ce qui est très difficile, mais dans une peau de chamois dont l'élasticité rappelle, pour le cas particulier, celle des viscères humains. Après trois ou quatre essais, on réussit à tout coup.

Pour serrer le bouton, il faut, comme avec le Murphy, appuyer

bien dans l'axe pour éviter les coincements. Inutile d'ajouter qu'il est indispensable de vérifier l'appareil avant de s'en servir; certains boutons mal fabriqués s'engrènent mal, ne tiennent pas et exposent à des accidents qu'il serait bien injuste de rejeter sur la méthode, alors que l'imprévoyance de l'opérateur est seule en cause.

Les difficultés tenant à la constitution anatomique des viscères sont les suivantes :

La paroi de l'estomac peut être tout entière infiltrée de cancer, dure et friable; c'est là évidemment une contre-indication à toute espèce d'anastomose, dès qu'il n'y a pas une surface saine, de dimensions suffisantes pour y placer le nouvel orifice.

La paroi peut aussi être le siège d'un épaississement simplement œdémateux, rendant la muqueuse très décollable, gênant aussi pour serrer le bouton suffisamment. Nous avons rencontré un cas de ce genre et M. Jaboulay plusieurs. Même dans ces cas, on peut se servir du bouton, mais on est obligé de placer en couronne un fil de sûreté pour éviter tout déclanchement.

Enfin, il y a des cas de friabilité exceptionnelle de l'intestin; à quoi tient cette friabilité? Il est difficile de le dire; elle se rencontre chez des malades qui ont déjà été laparotomisés, qui ont eu de la péritonite; chez ceux qui ont des affections hépatiques gênant la circulation porte et donnant ainsi de la stase et de l'œdème des tuniques. Or, le cancer de l'estomac s'accompagne souvent de ces lésions hépatiques.

Nous avons dernièrement rencontré un cas de friabilité extraordinaire de l'intestin; il s'agissait non de cancer, mais de hernie étranglée. La hernie ne contenait que quelques centimètres d'intestin grêle; mais celui-ci était sur toute sa longueur très infiltré et s'effritait sous les doigts à mesure qu'on attirait une portion plus éloignée pour y placer une suture. Si l'on rencontrait un cas semblable, il vaudrait mieux renoncer au bouton, et même, croyons-nous, refermer le ventre sans se lancer dans l'exécution d'une anastomose quelconque.

Telles sont, en somme, les seules complications qui peuvent venir troubler la marche régulière de l'opération; ces complications sont rares, et nous les signalons surtout pour mettre en garde ceux qui voudraient expérimenter la méthode, afin que quelque cas malheureux non imputable à celle-ci ne vienne pas les en détourner.

Il nous reste, pour terminer ce chapitre de technique, à dire quelques mots sur la situation que l'on doit donner à l'anastomose. Avec la majorité des auteurs, nous préférons l'anastomose posté-

rieure transmésocolique de von Hacker; c'est celle que pratique presque toujours notre maître M. Jaboulay. Cependant il peut arriver que la rétraction de l'estomac, l'épaisseur du mésocôlon ou d'autres anomalies rendent celle-ci trop difficile. Dans ces cas-là, il vaut mieux ouvrir la face antérieure de l'estomac et relever le jéjunum en avant du côlon. M. Jaboulay a pratiqué cette opération exceptionnellement. Nous-même avons regretté une fois de ne pas l'avoir employée. C'était pour un malade (Observation 78), dont l'estomac très rétracté échappait aux doigts de l'aide; l'application du bouton en fut rendue difficile et, en outre, la brèche faite au mésocôlon tendait à étrangler l'anse jéjunale lorsque l'estomac fut remonté à sa place. Aussi y eut-il des vomissements inquiétants pendant les premiers jours. Si nous nous retrouvions en présence des mêmes difficultés, sans doute emploierions-nous le procédé antérieur.

Quant à l'anse intestinale anastomosée à l'estomac, ce fut toujours la première portion du jéjunum, sauf dans un cas bien curieux où M. Jaboulay utilisa d'une manière originale un diverticule de Meckel rencontré par hasard. Cette observation mérite d'être consignée ici :

Obs. 99. — Ch. A..., soixante-deux ans, cultivateur, de Saint-Rambert d'Albon, entre à Saint-Sacerdos le 1er mai 1903.

Il est malade depuis trois ans; digestions de plus en plus laborieuses, pesanteurs gastriques après les repas. Il réduit spontanément son alimentation; aussi présente-t-il un très grand amaigrissement et de la constipation. Depuis 2 mois, vomissements, hématémèses; il a constaté lui-même, ces derniers temps, une tumeur abdominale.

Teint jaune paille. Abdomen excavé, tumeur à droite de l'ombilic, un peu au-dessus. Foie abaissé ou gras. Estomac extrêmement dilaté (à 2 travers de doigt du pubis). Adénopathies inguinales.

19 mai. Gastro-entérostomie au bouton. On trouve une grosse tumeur, du volume d'une mandarine, au niveau du pylore. Nombreux ganglions mésentériques. En examinant le jéjunum pour choisir l'anse à aboucher, on découvre un diverticule de Meckel à 30 cent. de l'angle duodéno-jéjunal. Son calibre est égal à celui de l'anse sur laquelle il s'implante; sa longueur est de 7 cent. environ.

M. Jaboulay se décide à faire l'orifice de l'entérostomie sur le sommet de ce conduit. Il en résulte une véritable anastomose en γ analogue à celle du procédé de Roux.

27 mai. Suites opératoires bénignes; le malade reste cependant très faible.

IV

Le véritable avantage du bouton que nous venons de décrire est dans la rapidité de sa mise en place. Cette considération, qui est secondaire dans la plupart des interventions, est d'une importance capitale, comme nous l'avons vu, dans le cas de cancer gastrique. On nous pardonnera donc d'y insister.

L'anastomose gastro-intestinale faite à la suture par des opérateurs rompus à cette chirurgie demande une durée de quarante à 70 minutes (Roux, Terrier, Hartmann); certains chirurgiens demandent seulement 30 minutes en moyenne (Monprofit, Vallas).

Avec le bouton de Murphy, nous avons vu qu'il fallait compter de vingt à trente minutes.

M. le Professeur Jaboulay a, par son procédé, réduit cette durée d'une proportion considérable. Nous avons chronométré un certain nombre de ses opérations : elles durent en moyenne de *sept à dix minutes, sutures de la peau comprises*. L'exploration des viscères destinée à confirmer le diagnostic prend deux minutes, l'anastomose autant; on peut donc dire que le péritoine n'est ouvert et les organes manipulés que pendant quatre à cinq minutes au maximum. L'impression que retire un spectateur de ces interventions, c'est qu'elles présentent l'innocuité d'une laparotomie exploratrice ordinaire.

On ne peut guère arriver à une pareille rapidité qu'avec une longue expérience de la technique. Aussi tenons-nous à mettre en regard des chiffres précédents ceux qui nous sont personnels. Nos propres opérations, les premières que nous avons faites avec le bouton de Jaboulay, nous ont demandé de 12 à 17 minutes[1]; seule, la dernière a duré 25 minutes, mais cela tient surtout aux difficultés que nous avons rencontrées dans ce cas particulier avant d'arriver à saisir l'estomac, notre malade ayant eu un phlegmon paraombilical qui avait laissé à sa suite des adhérences fort gênantes.

On voit donc le gain très considérable que procure l'usage de ce bouton anastomotique même aux opérateurs qui n'en ont pas encore une bien longue expérience. Il est tel que, du moment qu'on a pratiqué la laparotomie exploratrice, on peut, sans crainte d'aggraver le shock opératoire, donner aux malades les plus cachectiques le bénéfice de l'anastomose. Certains opérateurs des plus qualifiés rencontrent encore de ces cas où ils n'osent pas intervenir ou chez lesquels, après l'incision du péritoine, ils reculent devant toute

1. Ce sont aussi les chiffres que M. le prof. agrégé Bérard a observés dans ses opérations.

manœuvre devant prolonger l'acte opératoire. On peut presque affirmer que ces cas ne se présenteront plus, si le bouton sans suture se généralise dans l'arsenal de tout chirurgien.

Nos observations nous permettent d'énoncer cette assertion. C'est par exemple l'opéré de l'observation 79, qui présentait un diabète avec 45 grammes de sucre par jour et de l'albumine dans ses urines; celui de l'observation 80, jaune paille, ayant de l'œdème des jambes, ne pesant plus que 44 kilogrammes, ayant de la généralisation péritonéale. Il était incapable de se tenir sur ses jambes avant l'opération. C'est encore la malade de l'observation 90, qu'on avait dû apporter sur un brancard d'un service de médecine. Nous pourrions en citer bien d'autres, véritables moribonds qui n'auraient certainement pu être opérés par aucune autre méthode.

La durée de l'intervention étant moindre, c'est encore la diminution de la quantité d'anesthésique qui représente un avantage sérieux; le cœur, les poumons, les reins de ces malades sont d'ordinaire en fort mauvais état et ne supporteraient pas une dose un peu forte de poison. On nous dit qu'on peut faire une anesthésie discontinue. Mais alors on s'expose à des vomissements qui allongent encore la durée des manœuvres.

Nous savons bien que les partisans de la suture nous opposent des observations des malades très cachectiques qui ont fort bien supporté la suture [1]; ces malades avaient aussi le teint jaune paille, de l'œdème des jambes. Il est fort difficile d'établir des degrés dans la cachexie; mais les cas de syncope et de collapsus inquiétants que nous avons observés personnellement après des interventions exceptionnellement rapides et après absorption de quelques bouffées d'éther, nous permettent d'affirmer que ces malades-là, du moins, n'auraient sûrement pas supporté une opération un peu plus prolongée. L'avis des assistants a été unanime sur ce point.

En voici deux exemples :

Obs. 76 (Personnelle). — J. M..., homme de cinquante-quatre ans, de Hauterive (Drôme), entre à la clinique, salle Saint-Sacerdos, nº 5, le 15 septembre 1902, pour des douleurs gastriques empêchant l'alimentation. Il souffre ainsi depuis un an environ. Il y a eu d'abord de la pesanteur après les repas, puis de véritables crampes soulagées par le vomissement. Ceux-ci, d'abord espacés, sont ensuite devenus quotidiens. Actuellement le malade ne peut plus prendre que de petites quantités de lait.

L'amaigrissement est considérable (une vingtaine de kilogr.), au dire du

1. Voir Terrier, *Congr. de Chir.*, 1900, et *Rev. de Chir.*, avril 1902; et la discussion à la *Soc. de Chir. de Lyon*, avril 1903.

malade. Actuellement le teint est jaune paille, les jambes sont enflées, le foie paraît gros. A la palpation, on sent nettement une tumeur au niveau du pylore, un peu à droite de la ligne médiane. L'estomac est dilaté, il y a du clapotage.

17 septembre 1902. Laparotomie sus-ombilicale médiane. On trouve une grosse tumeur cachant le pylore; l'estomac est flasque et dilaté. Nous faisons la gastro-entéro-anastomose postérieure transméso-còlique au bouton de Jaboulay. L'opération est assez simple; un surjet de suspension est ajouté. Durée : 12 minutes. A la fin de l'opération, le malade présente une syncope inquiétante. On injecte immédiatement, pendant qu'on place le pansement, un litre de sérum.

Suites simples. Purgatif le 4e jour; l'alimentation est reprise dès le lendemain et augmentée progressivement.

Le malade sort le 11 octobre, très satisfait et digérant très facilement.

Les renseignements ultérieurs nous ont appris que ce malade est mort quatre mois après l'intervention. Jusqu'au 15 ou 20 novembre, il y a eu une grande amélioration, il mangeait bien et rien ne lui faisait mal, nous écrit sa femme; il allait à la selle régulièrement. Aux premiers froids, il fut atteint d'une affection pulmonaire et est mort le 30 janvier 1903, avec de l'anasarque.

Obs. 86 (M. Jaboulay). — M..., femme de soixante-dix ans, demeurant à Lyon, est opérée en janvier 1903, pour un cancer du pylore.

Début dans l'été dernier par un état de faiblesse et d'anémie progressives; peu de symptômes gastriques. Ce n'est que plusieurs mois après qu'on rencontre la tumeur presque par hasard au cours d'une palpation de l'abdomen.

L'appétit se perd de plus en plus; presque pas de vomissements, mais la malade restreint son alimentation.

Au mois de janvier, l'état de faiblesse et d'amaigrissement est extrême, les muqueuses sont absolument décolorées; on hésite avant d'opérer, craignant que l'intervention ne soit pas supportée; elle est même déconseillée par des médecins très compétents.

18 janvier. Gastro-entéro-anastomose au bouton, sans sutures. On note un néoplasme encore mobile sur la petite courbure; mais on ne peut songer à la gastrectomie en raison de l'état général.

La malade prend en effet une syncope à la fin de l'opération, qui ne dure cependant que neuf minutes. Le sang est décoloré, rose pâle, le pouls très faible, parfois imperceptible.

Suites opératoires simples, mais l'alimentation est difficile au début; il y a plusieurs vomissements abondants de bile. La malade reprend cependant un peu de forces et d'appétit; elle a tiré un avantage évident de l'opération.

15 juillet 1903. L'état est satisfaisant.

Comme autres avantages du bouton, notons encore le peu d'importance des manipulations sur les viscères. L'exposition à l'air, les

tiraillements nécessaires pour les gastro-entérostomies ordinaires, sont ici réduits à leur minimum. Et l'on sait que ces manœuvres ont été accusées de produire des embolies et des réactions du pneumogastrique dangereuses pour l'appareil cardio-pulmonaire, plus dangereuses certainement que l'anesthésie elle-même, qui peut être continuée avec beaucoup de modération pendant la suture, celle-ci n'étant pas douloureuse par elle-même.

Le bouton a un autre avantage qui lui est commun avec les autres appareils de ce genre. C'est de permettre l'alimention immédiate, en protégeant pendant les premiers jours la ligne d'adhésion. Je sais bien que les opérateurs qui emploient la suture, revendiquent pour cette méthode le même avantage. Roux, Terrier, alimentent de bonne heure leurs opérés et n'y voient pas d'inconvénients. Cependant, la présence du cylindre métallique est bien une garantie en pareil cas et l'on voit certains auteurs en être si persuadés, qu'ils emploient un procédé spécial et compliqué pour arriver au même but : tel Rutkowski[1], qui fait la gastrostomie et place un tube de caoutchouc dans l'orifice de l'entéro-anastomose pour alimenter son malade sans qu'un contact septique puisse entraver la cicatrisation.

Il semble aussi qu'avec le bouton, la coudure de l'anse soit moins à craindre qu'avec une suture linéaire; cependant, on pourrait facilement pratiquer, pour se mettre tout à fait à l'abri de ces coudures, deux points de suspension à droite et à gauche de l'anastomose; nous l'avons personnellement souvent fait sans allonger pour cela sérieusement l'acte opératoire.

Le fonctionnement de la bouche anastomotique est d'ordinaire satisfaisant; aussi le bouton peut-il être utilisé chez d'autres malades que les cachectiques, chez ceux qui ont autre chose qu'un cancer ou qui, porteurs d'un néoplasme, n'en sont pas encore à la dernière période.

Mais alors on peut se permettre des manœuvres un peu plus prolongées, et cela d'autant plus que l'anastomose en elle-même demandant fort peu de temps, on a plus de loisir pour accomplir d'autres manœuvres opératoires. Ainsi la pylorectomie peut être considérablement écourtée, si la question d'abouchement gastro-intestinal est tranchée, dès le début de l'opération, par une rapide application du bouton. Ou bien cette application peut être faite dans une première séance, puis on laisse le malade bénéficier de son anastomose pour se remonter pendant une quinzaine de jours par

1. Rutkowski, *Centralbl. f. Chir.*, 30 sept. 1899.

exemple, après quoi la résection de la portion dégénérée est faite dans une deuxième séance.

L'observation suivante est un exemple de la simplicité que confère à la pylorectomie l'usage du bouton sans sutures.

Obs. 96 (M. Jaboulay). — D. L., quarante-sept ans, maçon, demeurant à Lyon, entre, le 24 mars 1903, salle Saint-Sacerdos, n° 39, pour affection gastrique.

Pas d'antécédents intéressants.

Début il y a un an et demi par douleurs épigastriques ; bientôt vomissements glaireux et alimentaires survenant à distance des repas avec renvois aigres. Amaigrissement, œdème des jambes. Il entre salle Saint-Bruno, y reste deux mois, soulagé par le repos et le lait. Il peut ensuite reprendre son travail pendant quatre mois. Mais il y a un mois, douleurs et vomissements reprennent, l'appétit diminue, dégoût des viandes, déclin des forces. Les vomissements alimentaires surviennent deux heures après le repas, teintés en brun ; quelques melæna.

Amaigrissement (de 65 kilogr. à 47 kilogr.), aspect cachectique. La palpation montre résistance de la paroi ; pas de tumeur perçue. Pas d'adénopathie. Foie normal.

Un vomissement est examiné : pas d'HCl, acide lactique.

26 mars 1903. Éther. Laparotomie ; on trouve un néoplasme bien limité du pylore, pas de ganglions péritonéaux. Gastro-entérostomie postérieure au bouton (durée 10 minutes).

Puis, pylorectomie, ou plutôt gastrectomie avec suture en bourse des deux bouts, suture séro-séreuse par-dessus. Durée totale, trente-cinq minutes.

Le néoplasme excisé est du volume du poing. A la coupe, il paraît nettement sous-muqueux, sans ulcération.

Suites immédiates bonnes. Soif intense, combattue par le sérum. Mais bientôt le malade se met à tousser.

18 avril. *Mort.*

Autopsie. — Broncho-pneumonie tuberculeuse généralisée ; semis de granulations sur toute l'étendue de la plèvre.

Du côté de l'estomac, l'autopsie montre que le bouton est encore en place ; pas de réaction péritonéale autour de lui ; les lignes de suture stomacale et duodénale sont enfouies sous des adhérences déjà organisées, leur étanchéité paraît être parfaite. Dans la région cœliaque, un ganglion du volume d'un haricot.

La mort ne peut donc être imputée à l'opération ; il s'agit d'une poussée de granulie ; il y avait des cavernes d'ancienne date, au niveau des deux sommets, du volume d'une noix environ.

De cette autopsie, il résulte que sans ses lésions tuberculeuses, le malade aurait tiré un grand bénéfice de l'opération, tout étant cicatrisé parfaitement.

On pourrait aussi facilement exécuter une entéro-entérostomie

au point de croisement des deux branches de l'anse, afin d'éviter le reflux de la bile dans l'estomac, si l'on avait des motifs de craindre cette complication beaucoup moins redoutée aujourd'hui qu'autrefois. Il suffirait pour cela de placer entre ces deux branches un bouton de petit volume comme celui utilisé par M. Jaboulay dans la cholécystogastrostomie [1]. La bénignité de la méthode autoriserait cette intervention davant laquelle on recule d'ordinaire chez des cancéreux qui n'ont que peu de temps à en bénéficier.

Au besoin, elle pourrait être pratiquée secondairement si, à la suite d'une gastro-entérostomie, les vomissements de bile se montraient particulièrement fréquents et fatigants pour le malade. On sait que cet accident n'est pas rare. Il semble que l'estomac ait besoin d'un certain temps pour s'accoutumer au contact du liquide biliaire; l'accoutumance manque rarement. Mais ce délai pendant lequel les malades ont souvent des nausées, des maux de cœur, est fâcheux quand il s'agit de cancéreux qui n'ont déjà que trop d'inappétence et auraient besoin d'être suralimentés.

1. Voir la thèse de Perrin.

(*A suivre.*)

Travail de la clinique de M. le Professeur Jaboulay.

LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC

PAR LA

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE AU BOUTON DE JABOULAY-LUMIÈRE

(D'APRÈS 100 OBSERVATIONS)

Par G. GAYET,

Chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

(*Suite et fin* [1].)

V

Ce serait rendre un mauvais service à la méthode que nous défendons que de passer sous silence de parti pris les reproches qu'elle peut encourir ou de nier certains inconvénients qui lui sont imputables. Envisageons donc, avec le plus d'impartialité possible, ces reproches et ces inconvénients, et étudions-en la valeur.

La première objection et peut-être la plus grave qu'on adresse aux boutons en général est celle-ci : le malade est à la merci d'un appareil qui peut mal fonctionner, se déclancher, abandonner l'incision viscérale, se briser même.

Nous répondrons que les fils de soie se cassent aussi quelquefois, que les tuniques peuvent se couper, qu'une suture peut ne pas être imperméable; mais surtout, qu'on doit examiner attentivement le bouton avant de l'utiliser et s'assurer de sa parfaite fabrication. Du reste, ces accidents ne sont pas fréquents. Il s'en est produit un semblable la première fois que M. Jaboulay a appliqué sa méthode. La malade mourut le troisième jour après l'opération et, à l'autopsie, on trouva que le bouton avait lâché, laissant la boutonnière gastrique béante. De tels malheurs se retrouvent au début de tous les procédés, avant que l'expérience du fabricant et de l'opérateur soit faite, que la technique soit définitive.

1. Voir le numéro de janvier 1904.

On a signalé encore un autre accident du même ordre; nous voulons parler de la désunion secondaire des parties anastomosées lorsque le bouton s'élimine. Il vaudrait mieux dire, pour être précis, l'absence d'union. En effet, lorsque le bouton, par suite du sphacèle des tuniques adossées, cesse d'être l'agent de contention, il y aurait des cas où l'intestin abandonnerait l'estomac, aucune adhérence ne s'étant établie entre ces organes. M. Villard aurait observé cet accident qu'il attribuerait volontiers à un état particulier de certains péritoines incapables de l'effort adhésif nécessaire à la soudure séro-séreuse. Ce chirurgien a, du reste, en vue le bouton de Murphy modifié par lui-même, avec lequel il aurait eu des déboires de ce genre.

L'idée que certains péritoines se refusent au travail d'adhérences qu'on leur demande reste hypothétique.

Plusieurs causes accessoires pourraient encore, théoriquement d'ailleurs, être invoquées : c'est ainsi qu'avec l'appareil de Murphy, le fil interposé et les plis que la suture en bourse forme en fronçant les tuniques intestinales pourraient gêner l'accolement. Les tractions exercées par le poids de l'intestin et son élasticité, lorsqu'on a établi l'anastomose sur une portion trop élevée du jéjunum, ne laissant pas un jeu suffisant à l'anse, jouent peut-être un rôle. Enfin, ce qui est peut-être plus important comme facteur de cette insuffisance d'union, c'est l'infection; la réunion par première intention demande, là comme ailleurs, une asepsie parfaite; et la suture, lorsqu'elle est infectée, expose aux mêmes accidents. Qu'un peu de péritonite se déclare autour d'un fil malpropre, et la désunion sera amorcée. Des cas de ce genre ont été observés et M. Villard y fait allusion.

Nous croyons, en tous cas, que le véritable accident à craindre, c'est l'insuffisante coaptation des pièces du bouton. Nous devons trois morts à cette cause : le premier cas, cité plus haut, où le bouton avait complètement lâché, et deux autres dans lesquels, à l'autopsie, on trouva un entrebâillement des deux pièces qui avait permis un peu de filtration des matières et provoqué la péritonite. Le bouton était défectueux ou avait été mal serré.

Nous pensons qu'avec une inspection soigneuse de l'appareil avant l'opération, avec les précautions nécessaires pour son application, et l'épreuve par des tractions modérées après sa mise en place, suivie aussitôt de la pose d'un fil de sûreté si l'on a le moindre doute, avec ces divers soins, on se met à peu près sûrement à l'abri de tout échec de ce genre.

Si, d'autre part, on a bien protégé le péritoine contre tout écou-

lement de liquides au cours de l'opération, on a peu à craindre la péritonite, et de fait nous voyons cette complication disparaître presque dans nos dernières séries, puisque depuis dix-huit mois nous n'en rencontrons qu'un cas sur un total de 44 opérations. Il y a peu d'interventions intra-abdominales qui pourraient supporter la comparaison à ce sujet.

On ne saurait reprocher sérieusement au bouton d'exposer plus que tout autre procédé d'anastomose au circulus vitiosus; les causes de reflux de la bile dans l'estomac tiennent à de tout autres causes : situation de l'orifice par rapport à la déclivité stomacale, compression de l'anse efférente par le côlon ou son méso, coudure de cette anse, etc. On s'effraye moins aujourd'hui de cette complication combattue efficacement par des lavages d'estomac, une alimentation surveillée dans les débuts, etc.

On sait que la bile n'a pas sur les fonctions gastriques les funestes effets dont parlaient les traités classiques de physiologie; cependant il ne faut pas oublier que les cancéreux sont ordinairement des anachlorhydriques, et c'est probablement à une alcalinité excessive de leur suc gastrique à la suite de l'irruption de bile qu'il faut attribuer ces malaises, ces nausées et cette anorexie des premiers jours. Est-ce une raison suffisante pour modifier le procédé usuel et adopter l'anastomose en Y de Roux? Nous ne le croyons pas : ce serait aggraver l'opération pour un bien petit bénéfice; l'accoutumance et le rétablissement des fonctions motrices dans le sens désirable se produisent habituellement en une quinzaine de jours. Répétons-le une fois de plus : pour les sténoses non cancéreuses, on a le droit de se montrer exigeant et de chercher la perfection; pour l'opération simplement palliative, le vrai but c'est l'innocuité et la brièveté des manœuvres.

Plus sérieuse est l'objection suivante : se servir d'un bouton, c'est s'exposer à laisser un corps étranger à demeure dans l'estomac. En effet, dans un très grand nombre de cas, le bouton ne s'élimine pas, soit qu'il reste en place, soit qu'il tombe dans l'estomac.

Pour nous, cette objection est purement théorique; car il faudrait démontrer qu'il y a un inconvénient quelconque à ce que l'appareil reste dans les viscères.

Sans doute, on a rapporté quelques cas d'obstruction intestinale attribuables au bouton; mais il s'agit d'ordinaire de l'application du Murphy dans les dernières parties de l'intestin; à ce niveau, les matières dures peuvent s'engager dans la lumière et l'obturer. Pour l'estomac, le même inconvénient est beaucoup moins à craindre.

Villard[1] a publié un fait de gastro-entérostomie dans lequel le malade mourut d'inanition, le bouton ayant été obturé par des pépins de raisin. Qui ne voit que de pareils accidents sont tellement exceptionnels qu'on est vraiment autorisé à ne pas y attacher une bien grande importance.

Lorsque l'estomac devient l'habitat du bouton, il ne semble pas que le malade en soit le moins du monde embarrassé; nous avons retrouvé le bouton après un séjour de six mois dans ce viscère; il était à peine altéré, un peu noirci, sa présence ne s'était révélée par aucun symptôme fâcheux.

Parfois c'est dans l'anse sous-jacente à l'anastomose, ou plus souvent dans le cæcum qu'il faut chercher à l'autopsie l'appareil non éliminé; là encore il ne cause pas d'accidents. Chaput a admis qu'avec un diamètre dépassant 25 millimètres, il pourrait y avoir de l'obstruction intestinale; outre que ce reproche ne repose, croyons-nous, que sur des expériences faites sur le chien dont l'intestin diffère par beaucoup de points de celui de l'homme, il ne saurait être encouru par le bouton de Jaboulay qui mesure 23 millimètres.

Supposons maintenant que le bouton reste à la place même où le chirurgien l'a placé; cela se voit de temps à autre. « Sur un de mes anciens opérés », écrit le professeur Jaboulay[2], « la radiographie le décèle toujours au même point, que l'estomac soit vide ou plein; il n'est donc pas tombé dans l'estomac dont il suivrait, par ses déplacements dans le sens vertical, les variations de volume. Et puis, au cours d'une laparotomie faite pour un motif différent de celui qui avait conduit à une gastro-entérostomie trois ans auparavant, j'ai, en explorant l'ancienne anastomose, senti et délimité le bouton de Murphy qui était toujours en bonne position. »

Il ne pourrait y avoir que des avantages à cette persistance, qui est rare, du reste, aussi M. Jaboulay avait-il songé à un procédé de fixation qui l'aurait assurée dans tous les cas[3]. Malheureusement ce procédé compliquerait l'opération.

En résumé, l'objection du corps étranger à demeure ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Il n'en est pas de même du reproche qu'il nous reste à envisager et qui est le plus grave de ceux qu'on adresse à la méthode du bouton : nous voulons parler du rétrécissement et même de l'oblitération de l'orifice de communication par un travail de cicatrisation spontanée.

1. Villard, *Mercredi médical*, 1895; et Chaput, *Soc. de Chir.*, 24 juillet 1895.
2. *Lyon médical*, 28 avril 1901.
3. Voir *Arch. prov. de Chir.*, 1900.

Nous n'hésitons pas à dire que cet argument a pour bases des faits qui sont exacts. Voici les cas que nous avons pu retrouver mentionnés dans la littérature.

Keen [1] a observé un rétrécissement de moitié dans l'orifice d'une gastro-entérostomie au bouton de Murphy après quarante-sept jours.

Abbe [2] a vu au bout de dix mois l'oblitération complète de l'orifice d'une cholécysto-entérostomie faite avec le même appareil.

Dans le traité récent de Mayo Robson et Moynihan [3] sont relatés les faits suivants :

Moynihan a rapporté un cas où il dut faire une nouvelle opération pour rétrécissement de l'orifice obtenu par le forceps de Laplace. Dans un autre cas où il a été réopéré trois ans après la pose d'un bouton de Murphy, l'orifice était complètement fermé.

Czerny rapporte un cas dans lequel l'anastomose au bouton de Murphy s'était rétrécie de 3 centimètres à 8 millimètres.

Brown rapporte un cas où l'orifice obtenu par une plaque de Senn fut retrouvé fermé par une membrane : après incision de l'estomac à distance, il sentit l'orifice avec des rebords fibreux, enfonça le doigt en déchirant ainsi la membrane; tous les accidents cessèrent.

Mayo Robson a trouvé un orifice au bouton de Murphy fermé en trois mois (à l'autopsie).

M. Jaboulay a trouvé à l'autopsie de deux gastro-entérostomisés, l'un depuis six mois, l'autre depuis un an, un orifice qui n'admettait qu'un porte-plume; l'orifice était dû au bouton de Murphy modifié par Villard.

Une cholécystogastrostomie avec son propre bouton n'offrait plus, quatre mois après, qu'un orifice de 6 à 7 millimètres.

Enfin, l'un de ses malades réopéré lui montra une cicatrisation complète de l'anastomose. Nous donnons ici cette étonnante observation :

Obs. 34. — A. L., institutrice, trente-cinq ans, entre le 3 avril 1900. Père mort d'une attaque, mère vivante et bien portante, sept frères ou sœurs dont deux morts de congestion pulmonaire.

Il y a douze ans, la malade a commencé à souffrir de crampes d'estomac. Il y a deux ans, les vomissements sont devenus fréquents, puis quotidiens, contenant des aliments des jours précédents. Sténose pylorique très accen-

1. Keen, *Bull. Ac. de New-York*, 1893; cité par Chaput, *Bull. Soc. de Chir.*, 1895.
2. Abbe, *Annals of Surgery*, 1895.
3. Mayo Robson et Moynihan, *Maladies de l'estomac et leur traitement chirurgical*, Londres, 1901.

tuée. Pas de douleurs. L'appétit était conservé. Amaigrissement. Jamais d'hématémèse ni de melæna. Constipation habituelle.

Le 13 avril 1900 : gastro-entérostomie au bouton de Murphy; la malade a été améliorée pendant deux ou trois mois, les vomissements ont cessé complètement. Depuis, ils ont reparu, quoique moins fréquents; enfin, depuis trois mois, ils sont redevenus quotidiens. On sent une tumeur dans la région épigastrique sous l'appendice xyphoïde.

Cachexie, teint jaune paille.

12 avril 1901. Nouvelle gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. Au cours de l'opération, on a la surprise de trouver l'anastomose précédemment faite complètement oblitérée. Il y a même eu désunion entre l'anse intestinale et l'estomac; l'anse est simplement maintenue par des adhérences dans l'épaisseur du mésocôlon transverse qui avait été traversé par elle dans la première intervention.

La malade a survécu encore six mois à la seconde opération; les vomissements n'ont pas reparu. Elle est morte cachectique le 5 octobre 1901.

Remarquons que dans tous ces faits il s'agit du bouton de Murphy; seule une cholécystogastrostomie faite au bouton de M. Jaboulay s'était rétrécie.

Mais il ne faudrait pas s'imaginer que les procédés en question soient les seuls qui exposent au rétrécissement. Chaput rapporte[1] l'observation et présente les pièces d'un malade opéré de gastro-entérostomie (le procédé n'est pas précisé; il est vraisemblable qu'il s'agit de son bouton personnel), et qui, deux ans après, dut être réopéré pour récidive des accidents de sténose; l'ancien orifice de gastro-entérostomie est tellement rétréci qu'il n'admet que le manche d'un porte-plume (5 à 6 millimètres de diamètre).

La suture elle-même est parfois responsable du même méfait. Perrin[2] cite deux observations de cholécystogastrostomie faite à la suture qui se sont oblitérées. L'une, due à MM. Montagnon et Duchamp[3], fut suivie un an plus tard d'une nouvelle intervention qui permet de voir entre l'estomac et la vésicule un *cordon plein*, de trois millimètres de longueur et de même épaisseur; c'était tout ce qui restait de l'anastomose. Dans la seconde observation qui appartient à Picqué[4], l'anastomose gastro-vésiculaire s'oblitéra et la fistule biliaire persista.

M. Jaboulay[5] a lui-même observé le rétrécissement de moitié d'un orifice intestinal, deux mois après la résection d'une anse

1. Chaput, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 23 juillet 1901.
2. *La Cholécystogastrostomie*, Thèse de Lyon, 1902.
3. *Loire médicale*, 15 juin 1899.
4. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 30 mai 1900.
5. *Lyon médical*, 28 avril 1901, p. 639.

herniée gangrenée. L'entérorraphie avait été pratiquée à la suture.

Il faut donc, nous semble-t-il, considérer la rétraction de ces orifices artificiels comme la conséquence d'un phénomène naturel, d'une tendance spontanée à la cicatrisation. Peut-être cette tendance est-elle favorisée lorsque la sténose pour laquelle on a pratiqué l'anastomose n'est pas complète, ce qui est fréquent dans les cas de cancer; si la circulation se rétablit par les voies normales, la voie normale doit avoir tendance à s'oblitérer. N'est-ce pas ce que l'on observe dans des cas analogues : fistule gastrique pour obstacle œsophagien, fistule vésicale pour sténose uréthrale, etc.? Chacun sait combien ces fistules se ferment rapidement quand la perméabilité des canaux naturels est largement rétablie [1].

Il est bien évident que lorsque l'orifice est large, l'anastomose a d'autant moins de chances de se fermer. Or, le bouton de Murphy donne des orifices très suffisants dans la plupart des cas, et il ne faudrait pas s'exagérer la fréquence des rétractions. Nous avons vu des pièces anciennes de gastro-entérostomies faites par ce procédé et qui ne le cédaient en rien en dimensions à une anastomose faite à la suture.

M. Villard a présenté une pièce de ce genre à la *Société de Chirurgie de Lyon* [2].

M. Quénu [3] a rapporté l'observation d'un malade opéré en 1897 pour ulcère avec le Murphy; quatre ans et demi plus tard, nouvelle opération qui permet de constater que l'orifice de gastro-entérostomie est normal, revêtu d'une muqueuse saine et laisse passer largement l'index et même le pouce.

Pour ce qui est du bouton de Jaboulay en particulier, nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer un orifice de gastro-entérostomie nettement rétracté. Au cours d'une opération itérative, faite un an après la première pour récidive des accidents de sténose, M. Jaboulay trouve l'anastomose intacte et l'orifice parfaitement libre; le doigt peut s'y invaginer à travers les tuniques intestinales; mais le cancer a progressé, il y a de la généralisation péritonéale et l'anse jéjunale est sillonnée de traînées de lymphangite cancéreuse.

Du reste, nous possédons des observations de survie assez prolongée pour être certains que la nouvelle bouche stomacale fonctionne bien. En voici une à titre d'exemple, prise entre plusieurs autres [4].

1. Voir les expériences de Kelling (*Archiv f. Verdauungs Krankheiten*, 1900) et thèse de Pinatelle, Lyon, 1903.
2. *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, séances de mai 1903.
3. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, séance du 9 février 1902.
4. Voir les obs. de longues survies.

OBS. 31 (M. JABOULAY). — B... Jean, soixante-neuf ans, entre le 27 mars 1901, salle Saint-Louis, n° 4.

Début de la maladie il y a deux mois par des vomissements; jamais d'hématémèse; melæna à deux reprises. Pas d'intolérance gastrique à proprement parler. Amaigrissement de 6 kilogrammes. Teint jaune paille, œdème des jambes. On ne sent pas de tumeur dans la région épigastrique. Résistance de la paroi à la palpation; peu de dilatation.

Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Au cours de l'opération, on trouve un néoplasme au niveau de la petite courbure, caché sous le foie, adhérent à celui-ci et tirant sur le pylore. Le bouton est introduit facilement. La séreuse a cédé cependant sur une longueur d'un demi-centimètre au niveau de l'estomac. On consolide avec un fil de soie.

Suites très simples. Le malade sort le 15 avril 1901. Il est revu le 3 mars 1903. Il déclare avoir été très amélioré par l'opération. Pendant le mois qui a suivi celle-ci, il mangeait un peu, mais était très fatigué par des diarrhées nocturnes. Celles-ci cédèrent à un traitement médical. L'alimentation a été reprise progressivement, mais demande à être toujours surveillée sous peine de pesanteurs gastriques. C'est ainsi que la viande de bœuf, par exemple, cause des indigestions et parfois des vomissements. Le malade se nourrit d'œufs, de laitage et de cervelle. Il a engraissé de 10 kilogrammes, n'a jamais repris d'œdème des membres inférieurs et son teint est rosé. Il porte gaillardement ses soixante et onze ans.

Voilà donc un malade qui au bout de deux ans n'a rien perdu des bénéfices de l'opération. Beaucoup d'autres sont morts au bout de quelques mois des progrès de leur cancer sans avoir présenté de nouveaux signes de sténose. Quelques-uns ont à nouveau des vomissements et de la stase, mais alors il s'agit d'envahissement du nouvel orifice par le néoplasme; cela s'observe avec tous les procédés, ainsi qu'on le comprend aisément.

VI

Il convient de serrer de plus près la question des résultats et d'établir, chiffres en main, la comparaison des suites immédiates et éloignées de l'opération au bouton par rapport à celles des gastro-entérostomies obtenues par d'autres procédés.

Nous donnerons d'abord nos observations personnelles, qui nous paraissent démontrer que nos opérés ne le cèdent en rien, au point de vue du bénéfice retiré par eux de l'intervention, aux autres cancéreux qui ont subi l'anastomose palliative[1].

Quant aux autres observations qui nous ont servi à dresser notre

1. Une de ces observations a déjà été donnée plus haut (voir p. 26).

statistique, elles sont dues à M. le professeur Jaboulay et à notre ami le professeur agrégé Bérard, qui a été le premier à suivre notre maître dans cette voie après de fort intéressantes expériences sur des chiens, pratiquées en collaboration avec MM. Lumière. Ces observations sont trop nombreuses pour que nous puissions les donner en détail ; nous nous contentons d'en dresser un tableau qui en résume les points importants.

Obs. 74 (personnelle). — C. N..., cultivatrice, cinquante-six ans, de Bassans (Savoie), entre à la clinique le 20 août 1902 pour une maladie de l'estomac dont le début remonte à un an ; elle eut d'abord des pesanteurs douloureuses après les repas et des coliques irradiées à tout l'abdomen. Quelque temps après, melæna.

Actuellement elle vomit peu, mais réduit son alimentation au minimum ; elle ne supporte que du lait et de petits potages ; au moindre écart de ce régime, elle souffre pendant de longues heures. Dégoût prononcé pour la viande.

A la palpation, on sent, très à gauche de l'ombilic, une tumeur du volume d'un œuf. L'amaigrissement est considérable ; teint jaune paille, œdème des jambes.

25 août. Laparotomie sus-ombilicale médiane ; le pylore est cerclé par une tumeur très dure, bombée, du volume d'une forte mandarine ; il est très déplacé à gauche ; il y a des ganglions dans les épiploons.

Gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay. Durée de l'opération : 16 minutes.

Suites très simples ; pas de température. Dès le troisième jour, on reprend l'alimentation. Au quinzième jour, la malade se lève, peut manger de tout sans être indisposée.

Exeat le 27 septembre.

9 mars 1903. La malade nous écrit qu'elle va bien ; elle digère, repose la nuit. Quand elle est couchée, elle ressent parfois en se retournant une douleur du côté gauche du ventre. Elle n'a ressenti des douleurs vives que pendant un mois environ après l'intervention et depuis novembre, ne souffre plus. Son état général s'est beaucoup amélioré.

L'opération remonte déjà à six mois et demi.

Obs. 77 (personnelle). — S... Louis, quarante-huit ans, frère des écoles chrétiennes, entre le 12 septembre 1902 à la clinique médicale de M. le professeur Bondet.

Pas d'antécédents héréditaires notables. Personnellement, bonne santé habituelle jusqu'au début de l'affection actuelle ; il y a eu cependant plusieurs maladies aiguës : fièvre typhoïde à trente ans ; variole légère à trente-six ans ; pneumonie à quarante-quatre ans.

L'affection actuelle aurait débuté il y a un an par de la pesanteur gastrique, diminution de l'appétit, renvois tantôt aigres, tantôt douceâtres. Jamais de douleurs gastriques, de crampes, de vomissements acides pou-

vant faire penser à la maladie de Reichmann, à l'ulcère ou simplement à l'hypersécrétion.

Il y a deux ou trois mois, les troubles digestifs se sont beaucoup accentués, anorexie croissante, difficulté des digestions. Les aliments ne passaient pas, le lait surtout fatiguait le malade. Renvois gazeux fréquents, traduisant des fermentations gastriques intenses. Cet état persiste actuellement.

Examen : Énorme dilatation de l'estomac qui se dessine en soulevant la paroi; sa courbe inférieure dépasse de quatre ou cinq travers de doigt l'ombilic. Clapotage hydro-aérique s'entendant à distance dès que le malade se secoue. Mouvements de l'estomac se percevant à travers la paroi.

Rien aux autres viscères. État général assez bon, teint coloré, embonpoint encore satisfaisant, bien que le malade dise avoir perdu 20 kilogr. Néanmoins teinte anémique de la peau autour de la bouche, oreilles pâles, conjonctives légèrement décolorées.

Urines normales.

Le lavage d'estomac ramène plusieurs litres de bouillie foncée à odeur butyrique et putride très prononcée.

Une heure après le repas d'épreuve on trouve :

Pain mal digéré.

Pas d'HCl libre.

Acide lactique par la réaction d'Uffelmann.

17 septembre 1902. Le malade est opéré à la clinique chirurgicale (M. Gayet). Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton de Jaboulay. On trouve une tumeur allongée sur la face supérieure du pylore et la petite courbure. Pas de ganglions.

L'opération, très facile, dure 15 minutes.

Suites simples. Purgatif le quatrième jour. Euphorie parfaite. Alimentation progressive.

Le malade rentre chez lui le 7 octobre, très satisfait, digérant toute espèce d'aliments.

Les premiers jours de janvier, nous avons eu de ses nouvelles par un autre religieux; il a beaucoup engraissé et va très bien.

5 mai 1903. Une lettre écrite à cette date nous donne les renseignements suivants : l'état est moins satisfaisant depuis que le malade a été envoyé à Fay, peut-être à cause de la rigueur du climat. Il digère moins facilement et est obligé de surveiller son régime; cependant le poids gagné depuis l'opération est de 8 kilogr.

Survie à l'heure actuelle : huit mois.

Obs. 78 (personnelle). — J. P..., boulanger, cinquante-cinq ans, est envoyé à la clinique par M. Bouveret pour sténose pylorique d'origine cancéreuse.

Début il y a plusieurs années, vomissements alimentaires fréquents depuis six mois, douleurs pendant les digestions. L'estomac est moyennement distendu; on ne sent pas de tumeur.

Teint terreux, conjonctives décolorées. Amaigrissement très marqué, œdème des jambes.

20 septembre 1902. Laparotomie sus-ombilicale médiane. On trouve une grosse tumeur cachée sous le foie et y adhérant, prolongée sur une grande étendue de la petite courbure. Le petit épiploon est farci de ganglions indurés.

La gastro-entérostomie transmésocôlique postérieure est assez laborieuse, car l'estomac est difficile à saisir et fuit dans la profondeur. L'incision gastrique se déchire un peu au passage du bouton, les parois gastriques sont très épaisses. Surjet de consolidation. L'opération dure 16 minutes.

Le lendemain, vomissements noirâtres. Injection de sérum.

22 septembre. Pouls 112, T. = 38°. Les vomissements ont duré toute la nuit. Ils s'arrêtent le matin.

Depuis, tout rentre dans l'ordre; alimentation progressive. Réunion per primam.

Au bout de trois semaines, il y a une nouvelle crise de vomissements. Depuis, le malade surveille davantage sa nourriture et ne vomit plus.

Exeat le 15 octobre.

19 février. La femme du malade écrit qu'après sa sortie de l'hôpital le malade a un peu repris des forces et de l'appétit. La digestion se faisait bien. Il pouvait se promener. Cela a duré environ deux mois, puis l'appétit s'est perdu de plus en plus, le pain et la viande ne sont plus supportés; il y a eu des vomissements et des hématémèses. L'amaigrissement s'est accentué, les téguments ont pris une teinte jaune paille.

Obs. 79 (personnelle). — T. X..., homme de quarante-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, n° 32, le 19 septembre 1902.

Ce malade, autrefois obèse et diabétique, présente depuis six mois un amaigrissement considérable. Très gros mangeur, ses digestions sont devenues difficiles; il souffre de pesanteurs gastriques survenant après le repas, s'accompagnant assez rarement de vomissements; ceux-ci sont purement alimentaires et contiennent des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

A la percussion, on trouve l'estomac très dilaté; la succussion donne un clapotage très net. La palpation ne permet pas de reconnaître une tumeur.

Polyurie (3 litres) avec 15 grammes de sucre par litre; albumine en quantité notable; asthénie musculaire prononcée.

24 septembre 1902. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton de Jaboulay. L'opération, très simple, dure 16 minutes, sutures cutanées comprises. Il y avait un gros néoplasme sur le pylore.

Suites très simples. Réunion par première intention. L'alimentation est immédiatement reprise, et le malade sort, pouvant manger au régime commun sans en être incommodé, le 14 octobre.

Ce malade est mort, quatre mois et demi après l'opération, des progrès de la cachexie, sans avoir présenté de symptômes de sténose.

Obs. 80 (personnelle). — C. F..., boulanger, quarante-sept ans, entre à la clinique le 25 septembre 1902 pour une sténose pylorique.

Début il y a deux ans environ par des pesanteurs avec douleurs au creux épigastrique après le repas. En même temps, l'appétit diminuait; le malade depuis six mois a beaucoup maigri, ses forces s'en vont rapidement.

Depuis un an, les doulours gastriques sont devenues plus vives; crampes après les repas; vomissements rares, une dizaine dans les trois derniers mois.

Actuellement, le malade est cachectique, jaune paille; il a de l'œdème malléolaire. Le poids est tombé de 70 kilogr. à 44 kilogr. Au palper, on sent nettement une tumeur pylorique; l'estomac est distendu, clapotant, animé de mouvements de contraction péristaltique qui dessinent sa forme sous la paroi.

27 septembre 1902. Laparotomie sus-ombilicale médiane. On trouve un gros néoplasme du pylore. Les ganglions engorgés sont nombreux dans le petit épiploon et aussi dans le grand. Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocôlique au bouton.

L'opération est simple, dure 15 minutes en tout.

Suites bénignes; l'alimentation est reprise progressivement, mais prudemment, car il persiste quelques pesanteurs.

Exeat le 20 octobre 1902.

2 février 1903. Le malade est revu: il déclare que depuis son opération, il a pu manger à son appétit, n'a jamais vomi; les fonctions digestives se font bien. Cependant, depuis quelque temps, il a des pesanteurs gastriques débutant une à deux heures après le repas et durant trois ou quatre heures. Quand il mange en petite quantité et des aliments légers, il ne sent absolument rien.

Son poids est actuellement de 51 kilogr. Il était de 44 kilogr. à sa sortie de l'hôpital; il dit cependant qu'il a recommencé à maigrir.

A la palpation, on sent dans la région sus-ombilicale médiane une grosse masse dure, du volume du poing, adhérant à la paroi. Il y a aussi de petits noyaux, du volume d'une noisette, dans l'épaisseur de la paroi. Le visage a une coloration jaune prononcée.

22 avril. Le malade revient se montrer; sa cachexie fait des progrès. Il ne vomit jamais, mais l'appétit est perdu, il a un véritable dégoût de la nourriture. L'induration de la paroi a encore augmenté; il y a des ganglions sus-claviculaires, axillaires, inguinaux. Cependant il peut encore marcher et faire d'assez longues courses.

Obs. 97 (personnelle). — B. J. M..., charron, cinquante-deux ans, vient de Saint-Rambert-en-Bugey, envoyé par le Dr Grosclaude pour une affection de l'estomac. Il entre, le 17 avril 1903, salle Saint-Sacerdos.

Ce malade, marié, père de trois enfants, a toujours eu une bonne santé, à part une fièvre typhoïde pendant l'adolescence. Il a commencé à souffrir il y un an: la douleur siégeait dans l'hypochondre droit; il se forma peu à peu un abcès qui vint proéminer vers l'ombilic et qui fut incisé en ce point

par son médecin. L'affection parut guérie après deux mois d'évolution.

Ce n'est que neuf mois plus tard, c'est-à-dire il y a trois mois, que le malade a recommencé à souffrir, cette fois dans la région épigastrique. Pas de vomissements, mais pesanteurs, renvois fétides. Constipation. L'alimentation est progressivement réduite. Il ne prend plus qu'un peu de lait ou des potages légers. Aussi l'amaigrissement a été rapide (6 kg. en 3 mois). Teint anémique, terreux. Pas d'œdème des jambes. On ne sent pas de tumeur.

La sonde ramène après le repas d'épreuve des débris de pain et de viande non digérés. Ces débris obstruent la sonde, ce qui empêche de faire le chimisme.

19 avril 1903. Laparotomie (M. Gayet). On a une certaine peine à pénétrer dans la cavité abdominale, car la région a été le théâtre d'une suppuration qui a laissé des traces cicatricielles. Après dissection de tissus fibreux et adhérents, on met à nu une énorme tumeur (un gros poing d'adulte), adhérant au foie, occupant le pylore, la petite courbure et ne laissant intacte qu'une petite poche gastrique.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton de Jaboulay; le petit volume de l'estomac rend l'opération laborieuse. Il nous semble que les sutures eussent été impossibles. Un point de suspension est placé avec difficulté, pour empêcher la coudure de l'anse efférente. L'opération, allongée par les difficultés de l'incision et celles du rapprochement des parties à anastomoser, a duré en tout 25 minutes.

Le soir, le malade est calme. Pouls à 108, pas de fièvre.

Le troisième jour, l'alimentation est reprise.

Les jours suivants, il y a un peu de bronchite purulente. L'appétit est languissant. Le cinquième jour, vomissement d'un verre de bile environ.

Le dixième jour, ablation des fils; la plaie est cicatrisée.

Le quatorzième jour, le malade quitte l'hôpital; son état est satisfaisant, mais la teinte jaune paille de la peau parait avoir augmenté.

Un coup d'œil d'ensemble sur ces sept observations nous montre en premier lieu que la mortalité opératoire a été nulle. Nous n'insistons pas sur ce fait qui peut tenir au hasard d'une heureuse série; on ne peut du reste faire grand cas d'une aussi petite statistique que peut changer du tout au tout, d'un jour à l'autre, un ou deux cas malheureux. Nous verrons plus loin ce que donne à ce point de vue le groupe plus sérieux de nos 100 observations.

De ces 7 opérés, un est mort quatre mois et demi après l'intervention, et un autre après un délai exactement semblable. Les cinq autres étaient encore vivants lorsque nous avons reçu de leurs nouvelles, pour deux d'entre eux, huit mois, pour un autre, sept mois, pour un autre, cinq mois, enfin pour le dernier, un mois après leur opération. Un de ces malades (obs. 74) ne paraît présenter aucun signe de généralisation; le dernier est trop récemment opéré pour

être intéressant à ce point de vue. Les trois autres paraissent avoir déjà des signes de l'extension de leur néoplasme.

Avant de donner les résultats de notre statistique, jetons un coup d'œil rapide sur les statistiques des auteurs qui nous ont précédé. La mortalité opératoire de la gastro-entérostomie est appréciée très diversement, et cela se conçoit, car ainsi que le disait Rydygier au Congrès de 1900, les résultats dépendent du cas même, de l'état local et encore plus de l'état général. C'est pour cela qu'on peut, à son gré, obtenir une statistique meilleure ou pire, choisissant les meilleurs cas, ou les moins bons...

Quoi qu'il en soit, voici quelques chiffres :

Rydygier (de 1880 à 1900) accuse une mortalité de 42,1 p. 100;	
en ne comptant que les trois dernières années	35 p. 100
Haberkant	42,8 —
Von Hacker	36,8 —
Mehler	65,2 —
Chlumsky	40,5 —

Cette dernière statistique, très importante, montre que la mortalité va en s'abaissant :

1881-85	75 p. 100
1886-90	48 —
1890-96	36 —
Desfosses (Th. de Paris, 1898)	33,87 —

Certains auteurs, très partisans de la pylorectomie, réservent la gastro-entérostomie aux cas vraiment très mauvais. Aussi leur mortalité est-elle énorme :

Carle et Fantino	40 p. 100
Mayo Robson et Moynihan	43 —

D'autres auteurs ont des chiffres meilleurs :

Roux (de Lausanne) (Th. de Kolbe, 1901)	28 p. 100;
Von Eiselsberg	25 —
Petersen	24 —

Nous pourrions multiplier ces chiffres; ce serait inutile, car les précédents, provenant de statistiques importantes, donnent une idée suffisante de ce que vaut aujourd'hui l'opération.

La gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay, sur un total de 100 observations, nous donne 18 morts, c'est-à-dire 18 p. 100[1]. Ce chiffre est déjà en notable diminution sur les précédents. Il est

1. Rappelons une fois de plus qu'il ne s'agit ici que de cancéreux. Toutes les statistiques montrent bien la gravité de l'opération chez ces malades comparativement avec les autres causes de sténose pylorique. Si nous ajoutions à nos gastro-entérostomies pour cancer celles qui ont été pratiquées dans le service pour ces autres variétés de lésions gastriques, nous abaisserions notre mortalité de plus de 50 p. 100. Mais il ne faut comparer que ce qui est comparable.

appelé à diminuer encore car il est très remarquable que les dernières opérations donnent une mortalité moitié moindre.

En 1902, 26 cas, 2 morts, soit .... 7,6 p. 100
En 1903 (janvier-mai) 15 cas, 1 mort, soit.................. 6,66 —

Et les cas opérés sont des plus mauvais, au point de vue de l'état général; ce sont des cas pour lesquels la pylorectomie ne saurait être indiquée; ainsi le cas de mort de 1903 concerne une malade de soixante-quatre ans qui était au dernier degré de la cachexie, avait de la tétanie et mourut d'épuisement le deuxième jour après l'opération.

Les causes de la mort n'ont pas toujours été précisées dans les observations dont nous disposons. Voici les renseignements que nous avons pu recueillir à ce sujet.

Une mort (obs. I) par péritonite, le bouton ayant cédé.

Deux morts (obs. 5 et 17) le jour même de l'opération, le malade ne s'étant pas relevé du shock opératoire.

Une mort (obs. 26) le même jour, par hémorragie due à des ulcérations stomacales dont l'une siégeait au voisinage de l'anastomose et l'autre dans le duodénum.

Une mort vers le 10e jour paraissait due à un *circulus vitiosus*. Le malade avait été transporté chez lui, il présenta des vomissements bilieux incoercibles, le ventre resta constamment souple et le médecin traitant, qui nous écrivit à ce sujet, crut devoir écarter l'idée de péritonite.

Une mort le 12e jour par désunion secondaire de la plaie abdominale, les fils ayant été enlevés trop tôt; la plaie se rouvrit, les intestins firent hernie dans le pansement : péritonite suraiguë.

Une mort le 14e jour, survenue subitement alors que les suites immédiates avaient été parfaites (obs. 47). S'agissait-il d'une embolie partie de l'estomac? Cette hypothèse vraisemblable n'a malheureusement pu être vérifiée, l'autopsie ayant été refusée.

Une mort d'épuisement, le 2e jour; la malade avait de la tétanie la veille de l'opération. Elle serait morte dans un très bref délai, même sans opération (obs. 89).

Deux morts de broncho-pneumonie (obs. 84 et 39) aux 12e et 8e jours.

Quatre morts de péritonite aux 3e, 4e, 4e et 12e jours (obs. 29, 33, 53 et 63). Dans les deux premiers cas, nous tenons de l'interne qui fit l'autopsie qu'on trouva la coaptation du bouton insuffisante, les deux pièces étaient entrebaillées et la péritonite était le résultat de la filtration des matières.

Nous n'avons pu avoir de détails sur les causes de la mort dans les quatre autres cas.

On remarquera que, sur ces quatorze morts dont nous connaissons la cause, il y en a au moins huit qui n'ont aucune relation avec le mode d'anastomose employé; restent cinq cas de péritonite dont trois sûrement imputables au bouton, et un cas de *circulus viliosus* qui peut avoir tenu aussi bien à une coudure ou à une compression par le méso qu'à une obstruction de l'appareil.

Les résultats immédiats de l'opération ne présentent rien qui soit particulier au procédé. Il y a toujours une période difficile d'anorexie, de faiblesse, qui dure une quinzaine de jours environ et qu'il faut combattre par l'alimentation précoce, les injections de sérum, les toniques. Il est certain que dans un grand service d'hôpital où se coudoient les malades les plus divers, où le personnel est parfois insuffisant, on a plus de peine qu'en clientèle privée à éviter les complications pulmonaires, les fautes de régime et même le simple affaissement moral et physique qui nuisent à la guérison. Aussi l'impression de M. Jaboulay est-elle que les résultats sont bien meilleurs chez des malades d'une condition plus aisée, soignés en ville.

Nous ne dirons rien des résultats éloignés, car nos observations concordent avec celles de Terrier, de Hartmann, de Soupault : même amélioration rapide à partir du 15e jour, engraissement, retour des forces. Cet état dure quelques mois, mais il est rare qu'il ne persiste pas quelques troubles gastriques, pesanteurs, dégoût pour certains aliments; il persiste aussi de l'anémie, de la faiblesse dans beaucoup de cas. La récidive survient plus ou moins vite.

Ce qu'il faut établir, c'est la survie que donne le procédé au bouton, comparativement avec les autres modes de gastro-entérostomie. Eh bien! cette survie est satisfaisante et montre bien qu'il ne faut pas attacher grande importance aux reproches de rétraction rapide de l'anastomose.

Nous avons recherché tous les anciens opérés, jusqu'à l'année 1903 exclusivement. Sur ces 85 malades, il y avait 17 morts opératoires; nous n'avons pu avoir des nouvelles précises sur tous les 68 malades restants. Nous avons eu exactement 44 réponses. Sur ces 44 opérés il y avait, aux dernières nouvelles, 16 survivants et 28 morts.

Parmi ceux dont nous avons appris le décès, il y en a plusieurs qui ont eu des survies notables, de vingt-quatre, de dix-huit mois, entre autres.

Parmi les survivants actuels, on peut exprimer la survie par le tableau suivant :

26 mois.........	1 malade	9 mois..........	2 malades
24 —	1 —	8 —	1 —
17 —	1 —	7 —	2 —
12 —	2 —	6 —	1 —
11 —	1 —	5 —	3 —

Un autre malade a donné de ses nouvelles deux mois et demi après l'opération, aucune depuis.

Les opérations au bouton n'étant pratiquées que depuis trois ans, il est impossible de fixer exactement la survie moyenne, car celle-ci s'améliore chaque jour par la prolongation d'existence d'un certain nombre de malades. Tout ce que nous pouvons faire en dressant la moyenne des 44 résultats éloignés connus, c'est d'établir la survie minima, celle acquise d'ores et déjà : elle est de sept mois environ, et correspond par conséquent exactement à ce qu'indiquent les auteurs pour la gastro-anastomose dans le cancer[1]. Mais, répétons-le, ce n'est là qu'un minimum, et la survie moyenne réelle serait bien supérieure, car plusieurs de nos 16 survivants sont en très bonne santé aujourd'hui et peuvent vivre longtemps encore.

A ce propos, nous devons faire remarquer qu'il doit se glisser forcément dans les statistiques quelques cas d'ulcère, car on sait que le diagnostic entre cette affection et le cancer est souvent impossible même à l'opération, même sur la table d'autopsie. C'est là un fait bien connu de tous les chirurgiens. Mais il ne faudrait pas croire que les cancéreux eux-mêmes ne puissent bénéficier parfois d'un long arrêt dans l'évolution de leur mal; il y a des observations appuyées sur des preuves indiscutables : généralisation, coupes histologiques, et dans lesquelles on voit des prolongations d'existence de plusieurs années après l'intervention. On a cité des survies de quatre et cinq ans chez des malades dont la récidive a cependant montré qu'ils étaient bien atteints de cancer.

Résumons maintenant en quelques mots le bilan de la gastro-entérostomie pour cancer par le procédé du bouton de Jaboulay-Lumière. Cette opération donne :

1° Une mortalité de 18 p. 100 sur une statistique de 100 cas; ce chiffre est le plus bas qu'ait jamais fourni aucune statistique *nombreuse* de gastro-anastomose *pour cancer*. Il s'améliore encore remarquablement puisque la statistique de 1902 ne donne plus que 7,6 p. 100 et celle de 1903 (janvier-juin) 6,66 p. 100.

2° Une survie moyenne de sept mois, minimum d'ores et déjà

1. Voir les Thèses de Defossez, Guillot (Paris, 1901), et Terrier et Hartmann.

acquis, mais qui est bien au-dessous de la vérité, puisqu'un certain nombre de malades continuent à vivre sans symptômes de récidive. Cette survie est celle que donnent les auteurs pour les opérations analogues (Dreydorff, Mikulicz, Czerny, etc.).

3° Le soulagement et l'amélioration des malades est comparable en tout à ce que donnent les procédés de suture : engraissement, retour des forces, cessation des vomissements, etc.

Il nous paraît donc que, puisque d'une part, les résultats immédiats et éloignés de l'opération au bouton valent ceux des opérations à la suture, que d'autre part, la rapidité et la facilité de ses divers temps sont certainement plus grandes, l'appareil de Jaboulay-Lumière mérite d'être utilisé dans les cas de cancers de l'estomac non justiciables de la pylorectomie; et en présence des progrès de cette dernière opération, qui tend de plus en plus à ne laisser à la gastro-entérostomie que des cas avancés avec état général déplorable, cet appareil doit trouver de très nombreuses indications, puisqu'il permet au chirurgien de pratiquer l'opération palliative avec le maximum de rapidité et d'innocuité.

Tableau annexe.

N. B. — Dans ce tableau, les observations sont rangées par ordre chronologique. Nous avons noté comme morts opératoires toutes les morts survenues dans les trois premières semaines après l'opération. La dernière colonne indique les résultats éloignés (morts ou survies) tels que nous avons pu les connaître par les réponses des malades ou de leurs parents auxquels nous avons écrit. Pour ceux dont nous n'avons pu avoir des nouvelles, nous mettons un point d'interrogation. Mais il est bien entendu que ceux-là ont eu une survie opératoire, et leur sortie de l'hôpital a été contrôlée sur les registres administratifs de l'Hôtel-Dieu.

NOTE

Nous avons retrouvé, trop tard pour en tenir compte dans notre statistique, une observation qui est un des plus beaux succès de la méthode que nous préconisons :

A. B..., femme Bon..., atteinte de sténose pylorique néoplasique (vomissements, melæna, etc.), est opérée le 9 octobre 1900... Elle est si améliorée par l'opération qu'elle reprend sa vie ordinaire et survit jusqu'au *25 janvier 1904*, soit près de *quarante mois*; elle meurt à cette époque de cachexie cancéreuse (23 février 1904).

Tableau général des gastro-entérostomies pour cancer.

N° D'ORDRE ET OPÉRATEUR	NOM	AGE	SEXE	DATE DE L'OPÉRATION	MORT OPÉRATOIRE (JOUR, CAUSE)	NOUVELLES ULTÉRIEURES ET SURVIES
1 M. Jaboulay.	G. P.	36	M.	6 juin 1900.	3e jour, péritonite.	
2 —	T. G.		—	27 juillet 1900.	....	?
3 —	G. A.	50	F.	4 août 1900.	....	2 mois 1/2.
4 —	G. J.	72	—	9 —	....	?
5 —	S. J.	55	—	16 —	....	?
6 —	C. F.	56	—	25 —	1er jour, shock.	
7 —	G. F.	63	—	7 septembre 1901.	....	5 mois 1/2.
8 —	B. C.		M.	8 —	....	?
9 —	M. D.	45	—	17 —	....	?
10 —	C. M.	52	F.	28 —	....	?
11 —	B. J.	50	—	10 octobre 1901.	....	5 mois 1/2.
12 —	P. J.		M.	12 —	8e jour (?)	
13 —	D. A.		F.	17 —	....	4 mois 1/2.
14 —	G. A.		M.	29 —	....	24 mois.
15 —	A. E.		—	12 novembre 1901.	12e jour, circulus vitiosus.	
16 —	R. B.	52	F.	15 —	....	?
17 —	G. R.		M.	1er décembre 1901.	1er jour, shock.	
18 —	P. E.	60	—	3 —	....	?
19 —	M. E.		F.	3 —	....	2 mois 1/2.
20 —	M. M.		—	18 —	....	Sortie après 2 mois 1/2.
21 —	R. J.	62	—	26 —	....	?
22 —	L. L.	55	—	12 janvier 1901.	....	?
23 —	G. C.		M.	16 —	....	?
24 —	Ch. A.	62	—	28 —	....	?
25 —	P. J.	55	F.	30 —	....	1 mois.
26 —	J. J.	55	M.	8 février 1901.	1er jour, hémorragie.	
27 —	G. R.	44	—	18 —	....	?
28 —	C. A.	58	M.	21 —	....	Sorti après 1 mois 1/2.
29 —	Ch. V.	52	F.	26 —	4e jour, péritonite.	
30 —	K. S.	38	—	21 mars 1901.	....	Vit 26 mois après.
31 —	B. J.	69	M.	28 —	....	Vit 24 mois après.
32 —	M. L.	38	—	30 —	....	7 mois.

33 M. Jaboulay.	J. E.	65	—	13 —	....	
34 —	A. L.	35	F.	1er avril 1901.	3e jour, péritonite.	6 mois.
35 —	M. M.	58	F.	22 avril 1901.	....	?
36 —	T. F.	51	—	13 mai 1901.	....	2 mois.
37 —	R. A.	43	M.	21 —	....	4 mois. 1/2.
38 —	S. V.	47	—	28 —	....	?
39 —	P. M.	52	F.	1er juin 1901.	12e jour, broncho-pneumonie.	
40 —	G. R.	55	—	1er —	....	1 mois.
41 —	B. J.	61	—	7 —	3e jour (?)	
42 —	O. M.	51	—	11 —	....	1 mois 1/2.
43 —	Ch. M.	43	—	26 —	12e jour, désunion de la plaie.	
44 —	P. Ch.	46	M.	12 juillet 1901.	....	3 mois 1/2.
45 —	S. E.	54	F.	31 —	4e jour (?)	
46 —	M. M.	41	—	6 août 1901.	....	1 mois.
47 —	M. E.	42	—	8 —	14e jour; embolie cérébrale?	
48 —	B. D.	50	M.	—	....	6 mois.
49 —	S. J.	49	—	31 —	6e jour (?)	
50 —	C. M.	52	—	31 —	....	?
51 —	G. J.	51	—	10 septembre 1901.	....	9 mois.
52 —	D		—	—	....	3 mois.
53 —	A. C.	44	F.	18 —	12e jour, péritonite.	
54 —	V. J.	63	M.	21 —	....	?
55 —	D. F.	73	—	14 octobre 1901.	....	2 mois.
56 —	B. G.	49	—	14 —	....	Vit 17 mois après.
57 —	G. H.	46	—	15 novembre 1901.	....	4 mois 1/2.
58 —	M. P.	46	F.	23 —	....	5 mois.
59 —	B. M.	67	—	18 —	....	18 mois.
60 —	G. A.	64	M.	29 janvier 1902.	....	?
61 —	M. E.	59	—	18 février 1902.	....	?
62 —	Ch. A.	50	F.	11 mars 1902.	....	1 mois.
63 —	G. R.	48	—	25 —	4e jour, péritonite.	
64 —	H. E.	42	—	24 avril 1902.	....	?
65 —	A. M.	58	F.	15 mai 1902.	....	Vit 11 mois après.
66 —	C. J.	40	M.	24 —	....	?
67 —	V.	50	F.	—	....	3 mois.
68 M. Bérard.	A.		—	—	....	Vit 6 mois après.
69 —	Z.		—	—	....	Vit 5 mois après.

N° D'ORDRE ET OPÉRATEUR	NOM	AGE	SEXE	DATE DE L'OPÉRATION	MORT OPÉRATOIRE (JOUR, CAUSE)	NOUVELLES ULTÉRIEURES ET SURVIES
70 M. Jaboulay.	L.	58	M.	25 juin 1902.	…	Vit 12 mois après.
71 —	B. L.	51	—	25 juillet 1902.	…	—
72 —	B. J.	51	—	4 —	…	?
73 —	D. L.	52	—	4 —	…	?
74 M. Gayet.	C. N.	56	F.	25 août 1902.	…	Vit 7 mois après.
75 M. Bérard.	A.	45	M.	12 septembre 1902.	…	Vit 9 mois après.
76 M. Gayet.	M. J.	54	—	17 —	…	4 mois 1/2.
77 —	S. L.	46	—	17 —	…	Vit 9 mois après.
78 —	J P.	55	—	20 —	…	Vit 5 mois après.
79 —	X. T.	44	—	24 —	…	4 mois 1/2.
80 —	C. F.	47	—	27 —	…	Vit 7 mois après.
81 M. Bérard.	F.	48	—	8 octobre 1902.	…	Vit 8 mois après.
82 M. Jaboulay.	D. J.	41	F.	1er novembre 1902.	…	?
83 —	G. M.	56	—	5 —	…	2 mois.
84 —	T. M.	55	—	9 décembre 1902.	8e jour, broncho-pneumonie.	
85 —	H. M.	48	M.	16 —	…	3 mois 1/2.
86 —	M. M.	70	F.	17 janvier 1903.	…	Vit 7 mois après.
87 —	B. L.	55	M.	18 —	…	?
88 —	M.	31	F.	21 —	…	?
89 —	R. M.	64	—	23 —	2e jour, épuisement.	
90 —	P. Ma.	57	—	25 —	…	?
91 —	V. M.	67	F.	17 février 1903.	…	?
92 —	T. J.	36	M.	26 —	…	?
93 —	A. L.	51	—	9 mars 1903.	…	?
94 —	J.	42	—	15 —	…	1 mois 1/2 (pylorectomie secondaire).
95 —	R. E.	62	—	25 —	…	?
96 —	D. E.	47	—	26 —	…	3 semaines (pylorectomie, mort de granulie).
97 M. Gayet.	B. J.-M.	52	—	19 avril 1903.	…	?
98 M. Bérard.	G. M.	39	F.	29 —	…	?
99 M. Jaboulay.	Ch. A.	62	M.	1er mai 1903.	…	?
100 —	B. J.	46	F.	6 —	…	?

Coulommiers. — Imp. P. Brodard.